



# **Anhörigas upplevelser av bemötande och delaktighet i äldreomsorgen**

En enkätstudie

Annina Alanko

Examensarbete  
Det sociala området  
2010

Utbildningsprogram:	Det sociala området
Identifikationsnummer:	9336
Författare:	Annina Alanko
Arbetets namn:	Anhörigas upplevelser av bemötande och delaktighet i äldreomsorgen
Handledare (Arcada):	Mia Gustavson
Uppdragsgivare:	-
<p><b>Sammandrag:</b></p> <p>Syftet med detta examensarbete är att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.</p> <p>Frågeställningarna handlar om hur de anhöriga blir bemötta av vårdpersonalen, om de får stöd och tillräcklig information och om de anser att personalen erbjuder möjlighet till delaktighet.</p> <p>Datainsamlingen gjordes genom litteraturgenomgång och via en enkät med anhöriga på ett äldreboende i Helsingfors. Jag har använt litteratur bl.a. av Andersson (2002) och Tornstam (2005). Anhöriga upplever både ett sjukdoms- och ett livslidande men lidandet lindras genom vårdarnas och andra människors förmåga till medlidande. I diskussionen sammanfattas det teoretiska perspektivet, tidigare forskning och resultatet av enkäterna. Av alla dessa framgår att anhöriga deltar mest med det sociala. I den empiriska studien överlämnades ett frågeformulär åt 18 anhöriga till äldre på ett äldreboende. Analysen av data resulterade i följande beskrivning av att vara anhörig till patienten i äldreomsorgen:</p> <p>Att bli anhörig är något man oftast vet på förhand men det kan även ske helt oväntat. Det kan vara tungt att vara anhörig och det kan medföra t.ex. oro, rädsla, t.ex. på grund av plötslig sjukdom och hjälplöshet, men också hopp och lättnad. Härmed är det värdefullt att få stöd av hälso- och sjukvårdspersonalen. Att vara anhörig kräver även vilja att ge av sin egen tid åt patienten. De anhöriga anser att patienten vårdas men att också de anhöriga själva bör få stöd, uppmärksamhet och information av vårdpersonalen. Vården av en närstående kan även inverka på de anhörigas sociala kontakter. I ett resultat kom det fram att de anhöriga tycker ofta att det i första hand är ganska tungt att ta hand om de äldre, men tack vare vårdplatsen får de ändå möjlighet till ett eget liv jämsides.</p>	
Nyckelord:	anhörig, äldre, deltagandet i vården, serviceboende, anstalt
Sidantal:	74
3Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.06.10

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	The Degree Programme in Social Services
Identification number:	9336
Author:	Annina Alanko
Title:	How the relatives assess the elderlcare
Supervisor (Arcada):	Mia Gustavson
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this study is to describe the experience of relatives of patients in the elderly care. The theoretical frame is the theory of how relatives participate in the elderly care.</p> <p>The questions are about how the families are treated by health professionals, if given adequate support and information, and if they think that the staff offers the opportunity to participate.</p> <p>Data was collected through literature review and a survey of relatives in a nursing home in Helsinki. I have used the literature including by Andersson (2002) and Tornstam (2005). Relatives are experiencing both a disease and a life-suffering but the suffering alleviated by nurses and other people's ability to compassion. The discussion summarizes the theoretical perspective, previous research and the results of questionnaires. Of all these shows that most families are involved with the social.</p> <p>The analysis of the data resulted in the following description of being the relative of patient in elderly care:</p> <p>Becoming a relative of a patient in elderly care is mostly known in advance, sometimes however, quite unexpected, for instance in the case of sudden disease. It is difficult to be the relative of a patient and it may bring e.g. concern, fear and helplessness, but also hope and relief. Being a relative means wanting to spend time with the patient, trusting the health care personnel and being sensitive to the care. The relatives feel that the patient is cared for and that the care personnel also care for the relatives. Being a relative also affects contacts with other people. One of the results showed that relatives think it is pretty rough to take care of the elderly but they can still live their own life along it.</p>	
Keywords:	relative, elderly, patient, participation in elderly care, home, building
Number of pages:	74
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.06.10

# INNEHÅLL

<b>1 INLEDNING.....</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrund.....	8
1.2 Syfte och frågeställningar.....	9
1.3 Struktur för examensarbete.....	9
1.3.1 Avgränsning och begreppsförklaring.....	10
1.4 Litteratursökning.....	11
1.5 Tidigare forskningsresultat.....	11
 <b>2 ANHÖRIG FÖRR OCH NU - SAMHÄLLELIG FÖRÄNDRING</b>	
2.1 Anstaltsvårdens historia.....	14
2.2 Anhörighistoria .....	15
2.2.1 Anhörigas hjälpinsatser.....	15
2.3 Anhörigas upplevelser av att vårda .....	16
2.4 Roll som anhörig i ett historiskt perspektiv .....	16
2.5 Livsbemästring .....	17
2.6 Den förändrade familjestrukturen .....	17
2.7 Kort sammanfattning av kapitel 2 .....	19
 <b>3 ANHÖRIGA TILL ÄLDRE PÅ ÄLDREBOENDE - SITUATIONEN IDAG</b>	
3.1 Den odemokratiska vårdssituationen .....	21
3.2 Anhörigas deltagande i vården .....	21
3.2.1. Anhörigas rättigheter .....	22
3.3 Anhörigas roller.....	23
3.3.1 Värdighet – den äldre.....	25
3.3.2 Relationer i livscykelperspektiv.....	27
3.4 Kort sammanfattning av kapitel 3 .....	28
 <b>4 DELAKTIGHET .....</b>	<b>29</b>
4.1 Gemenskap.....	31
4.2 Människosyn, etik och moral .....	31
4.3 Empowerment .....	32
4.4 Kort sammanfattning av kapitel 4 .....	34
 <b>5 METOD.....</b>	<b>36</b>
5.1 Metodval .....	36
5.2 Datainsamlingsmetod.....	36
5.3 Urval av respondenter .....	37
5.4 Genomförandet av den empiriska undersökningen.....	37
5.5 Analysmetod.....	38

5.6 Validitet och reliabilitet.....	40
5.7 Etiska reflektioner.....	41
 <b>6 RESULTATREDOVISNING.....</b>	 <b>43</b>
6.1 Roller.....	43
6.2 Socialt nätverk.....	44
6.3 Bemötande.....	47
 <b>7 SAMMANFATTNING AV RESULTATET.....</b>	 <b>48</b>
7.1 Tolkning av resultaten .....	48
 <b>8 SLUTDISKUSSION.....</b>	 <b>51</b>
8.1 Diskussion kring metoden .....	51
8.2 Avslutande diskussion kring examensarbetet .....	51
8.3 Förslag till fortsatt forskning.....	53
 <b>KÄLLOR.....</b>	 <b>54-60</b>

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna

Bilaga 2: Ansökan om forsknings tillstånd av Pia Ahl

Bilaga 3: Ansökan om forskningstillstånd av det finlandssvenska äldreboendets styrelse

Bilaga 4: Enkäten

## 1 INLEDNING

Äldres andel av befolkningen i Finland ökar ständigt och med stigande hastighet, visar en befolkningsprognos gjord av Statistikcentralen. Någon officiell klassificering av en äldre finns inte, inte i alla fall i Finland. I FN:s statistikrapporter är 15-74 åringar arbetsförmögna, därmed definieras äldre än 74 åringar som äldre människor. Härmed kan man dra slutsatsen att under 75-åringar åtminstone inte skall klassificeras som äldre människor. Det är väldigt individuellt; vissa klarar sig utmärkt allena vid 90-års ålder, medan andra kan ha svårigheter redan vid 70-års ålder. (Statistikcentralen 21.3.2010) Ikäinstituutti säger också att det är individuellt när man bli gammal. Ikäinstituutti anser att man ska jämföra sin ålder till någonting. En 30- åring kan vara gammal som redskapsgymnast och en 50- åring kan vara gammal som balettdansare men en 70- åring kan vara för ung för att bo på ett äldreboende. (Ikäinstituutti 3.5.2010)

Från år 1970 till år 2000 har äldres andel i Helsingfors ökat med 13,7 %, bl.a. på grund av den förhöjda levnadsstandarden. År 2010 förväntas de äldres andel utgöra 17,4 % av befolkningen, år 2020 22,9 % och år 2030 rentav 26,3 %. (Statistikcentralen 22.3.2010)

En undersökning gjord av Kommunalförbundet år 2004 visar, att 88,1 % av alla äldre över 75 år bodde hemma, medan 11,9 % bodde på kommunala serviceboenden, äldreboenden eller på hälsostationernas bäddavdelningar. Samma år bodde 4,5 % av de äldre över 75 år på äldreboenden. De var till antalet sammanlagt 17 100, alltså 400 fler än år 2003. Statistikcentralen har uppskattat att 85-åringarnas andel stiger från nuvarande 90 000 till 340 000 år 2040. (JHL- Kommunalförbundet. 23.3.2010)

Den accelererande och drastiska ökningen av äldre utgör en enorm utmaning för de yngre generationerna, vilkas skyldighet är att säkerställa de äldres en trygg och trivsamt ålderdom. Äldreomsorgen är ett viktigt och aktuellt ämne, en verkligt "het potatis", som dagligen behandlas i media. Ett av problemen inom äldreom-

sorgen är bristen på vårdpersonal, bl.a. pga. kommunala inbesparingar. Till följd av detta får de anhöriga en allt viktigare roll i äldreomsorgen. Detta ställer utmaningar för både anhöriga och vårdpersonal.

Vad förstås då med en anhörig? I Socialstyrelsens termdatabas definieras anhörig som: ”person inom familjen eller ibland de närmaste släktingarna”.

(Socialstyrelsen 23.3.2010)

Detta arbete handlar om hur anhöriga upplever sin roll i vårdandet av sin äldre närstående, i vilken mån de anhöriga känner sig delaktiga i äldreomsorgen samt om de får tillräckligt stöd och information av vårdpersonalen.

Anhöriga behöver ofta stöd, råd och hjälp i deltagandet i vården av sina närstående. Bäst kan vårdpersonalen göra detta framför allt genom att lyssna, visa förståelse, medkänsla och inlevelse i deras situation. Det är personalens uppgift som ”vårdfolk” på institutionerna att ta första steget och att knyta kontakt med anhöriga. (Hanserkers 1987: 8)

Men hur kommer anhöriga in i gemenskapen inom äldreomsorgen? Hur skall anhöriga kunna känna sig delaktiga i äldreomsorgen?

## **1.1 Bakgrund**

Jag har länge varit intresserad av förhållandet mellan familjen och de äldre som hör till familjen och jag har haft möjligheten att ta del av det goda en äldre kan ge en ung person. Jag har fått uppleva mycket tillsammans med de äldre i min familj och under min högstadie-/ gymnasietid har de varit till både stöd och trygghet. Jag har fått ta ansvar i och med att jag har fått vara med i vården av både min farmor och mormor.

Oberoende av var den äldre kommer att bo kommer den anhöriga ändå indirekt att ha ett stort ansvar. Inte kanske så mycket för den direkta vården, men en s.k. plikt att göra den äldres liv så meningsfullt och glatt som möjligt. Det kan vara att ge ”det lilla extra” som en guldkant på vardagen, det som inte vårdpersonalen hinner med. Det uppstår en skyldighet att möta de äldres behov av kärlek, tillit och ömhet. (Hanserkers 1987: 7-8)

Jag önskar att genom mitt examensarbete få fördjupad kunskap om på vilket sätt de anhöriga blir bemötta av vårdpersonalen och hur de upplever sig delaktiga i vården.

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta examensarbete är att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.

### **I mitt examensarbete utgår jag från följande frågeställningar**

1. Hur upplever sig den anhöriga bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende?
2. Vad tycker de anhöriga att vårdpersonalen kan göra för att de anhöriga skall känna delaktighet?

Tanken med dessa frågor är att redogöra för vad en anhörig har varit och är (1), hur den anhöriga upplever sig bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende (2) och vad vårdpersonalen kan göra för att den anhöriga skall känna delaktighet(3).

## **1.3 Struktur för examensarbetet**

Examensarbetet baserar sig på strukturerade enkäter med anhöriga till äldre på ett finlandssvenskt privat äldreboende i Helsingforsregionen. Inledningskapitlet består av en kort presentation av min strävan med detta examensarbete, därefter lyfts syftet och frågeställningarna fram. Kapitel två, tre och fyra består av en litteratur-



genomgång och utgör den teoretiska delen av arbetet. Kapitel två tar upp den samhälleliga förändringen; vad som sker då en person blir äldre. Del tre består av en allmän beskrivning av begreppet anhörig- vad det innebär och vad det betyder. Fjärde kapitlet handlar om begreppen delaktighet, gemenskap och empowerment. I kapitel fem, som är min metod, beskriver jag mitt metodval, min datainsamlingsmetod, mitt urval av respondenter, hur jag har utfört den empiriska undersökningen, min analysmetod samt begreppen validitet och reliabilitet förklarar jag. I kapitel sex, som är resultatredovisningen, följer en mer allmän diskussion kring begreppen och de förankras till anhörigas möte med personalen på äldreboenden. I kapitel sju behandlar jag min metod och gör en tolkning av resultatet från min empiriska studie. Det sista kapitlet, kapitel åtta, utgör en längre avslutande diskussion kring mitt examensarbete. Diskussionen består av allmänna reflektioner kring mitt examensarbete och examensarbetsprocessen.

### **1.3.1 Avgränsning och begreppsförklaring**

Jag har valt att avgränsa mitt arbete så till vida att den teoretiska studien kartlägger från tidigare studier de anhörigas upplevelser och roller på äldreboenden. I den empiriska undersökningen försöker jag tydliggöra anhörigas upplevelser av personalens bemötande.

Var gränsen går för att vara anhörig är inte helt klar, men den vanligaste definitionen är att man tillhör samma familj eller släkt. Gränsen för familj dras ofta vid syskonkretsen. Benämningen 'anhörig' tolkas och beskrivs på många olika sätt. Alla är vi anhöriga på något sätt- till föräldrar, syskon, barn, makar, vänner o.s.v. Med anhörig avses helt enkelt bekantskapskretsen. (Jeppsson Grassman 2003: 11)

Man ger och tar emot hjälp livet igenom. I något skede kommer de flesta att uppleva hur en närstående blir äldre och hur dess behov av hjälp ökar (Jeppsson Grassman 2003: 12). Att ge eller få omsorg är en del av livet (Johansson 2007: 7).

I bl.a. resultatredovisningen framkommer termen "respondenter", med det syftar jag på de anhöriga som har varit mina informanter i frågeformuläret.

Närstående är ofta ett begrepp som används synonymt med anhörig och som förekommer i lagtexter och andra offentliga tryck (Johansson 2007: 33). Johansson definierar begreppet närstående som: ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. Jag har valt att jag med ordet anhörig syftar på den äldres barn, barnbarn, släktingar eller vänner. Med anstalt, boende och institution menar jag byggnad för äldre, dvs. äldreboende eller serviceboende. Med närstående menar jag den äldre dvs. klient, pensionär eller så att säga patient. Vårdpersonalen är samma sak som den professionella. Avgränsning i tid och rum i det empiriska arbetet bör göras i enlighet med de problemställningar man arbetar med (Jacobsen 2007: 121). I mitt examensarbete syftas tid på december 2009 – januari 2010 och rummet är det finlandssvenska äldreboendet i Helsingfors.

## **1.4 Litteratursökning**

Mitt arbete består av en teoretisk del samt en empirisk del som jag gjort via en enkätundersökning på ett finlandssvenskt äldreboende i Helsingfors. Som litteratur har jag använt mig av Arcadas bibliotekskatalog Arken, Helsingfors stadsbibliotek katalog Helmet och databanken ArbSpriSwe. Som sökord har jag använt ”anhörig” och ”gemenskap”. Artiklar har jag sökt i portalen för elektroniska resurser Nelli. Jag sökte artiklar i databaserna Arto och Academic Search Elite (Ebsco), varvid jag har använt mig av sökorden ”närstående”, ”anhörig” och ”delaktig” samt ”delaktighet” och ”relativ”, ”elderly”, ”patient”, ”participation in elderly care”, ”home” och ”building”. Jag har även använt mig av två artiklar i tidskriften Hoitotiede samt sökt finsk, svensk- och engelskspråkig information på Internet.

## **1.5 Tidigare forskningsresultat**

En stor del av den forskning som gjorts om anhöriga på 1990-talet hänför sig till äldreomsorgen och öppenvården. Bland referenserna i databanken ArbSpriSwe har 3 % en titel som hänför sig till ovannämnda områden. Den verkliga mängden forskning kan således vara betydligt större. Även inom barnsjukvården och den psykiatriska sjukvården har det skrivits mycket om anhöriga.

Sam Kum Yeo som var leg. sjuksköterska och arbetade vid ett Kompetenscentrum inom äldreomsorg i Stockholm, har år 2003 gjort en forskning med namnet "Tvärkulturella möten i äldreomsorgen". Forskningen undersöker mötet mellan vårdpersonal och äldre i en mångkulturell äldreomsorg. (Kompetenscentrum, Stockholm)

En annan forskning inom äldreomsorgen är gjord av Ann-Britt Sand år 2010 och heter "Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg". Forskningen handlar om det som rubriken handlar om. (Sand 2010: 3-4)

Dessa två forskningar har jag dock inte använt mig av i min studie.

Enligt resultaten från en undersökning "Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa" av Ritva Raatikainen och Hanna-Leena Nuutinen (2005) deltog de anhöriga blott föga i grundvården. Om de hade mera tid, skulle de ha varit beredda att delta mer. Tillräcklig information, stöd och uppmuntran från vårdpersonalens sida hade en positiv inverkan på de anhörigas deltagande i vården. De hjälpte ofta till vid ätandet och drickandet, men annars deltog de just inte i vårdandet av den fysiska konditionen. Psykiskt och socialt stöd gav de dock ofta. Endast en tredjedel av de anhöriga hade fått kännedom om all information om patientens vård. Stöd för vården hade bara hälften av de anhöriga fått. Desto mer resurser och ju mer stöd den anhöriga hade fått av vårdpersonalen desto oftare deltog den anhöriga i vården. (Nuutinen et al. 2005: 103)

Ritva Raatikainen och Hanna-Leena Nuutinen har (2005: 135) utrett anhörigas deltagande i vården. De har skickat enkäter per post åt 1062 anhöriga. De har med i sin undersökning både patienter som bor på äldreboenden samt sådana som är inne på långvårdsavdelningar och på vårdcentraler. Enkäten innehöll främst flervalfrågor men även en del öppna frågor. Till hjälp hade de använt sig av tidigare frågor som bl.a. hade gjorts av Laitinen (1991). En översköterska hade hjälpt till att översätta frågorna från finska till svenska. Dessa faktorer hade de med i sin undersökning:

- 1) *boende typ*: servicehem, boende, anstalt.
- 2) *egenskaper hos en åldring*: kön, ålder, skolning, fysisk funktionalitet, minnet, vårdtid på boendet, behovet och viljan att få daglig hjälp av anhöriga.
- 3) *egenskaper hos anhörig*: kön, ålder, relation, skolning, hälsa, ekonomiskt tillrädda kommande, svårigheten att ta sig till boendet, resurser (vilja, information, krafter, tid).
- 4) *anhörigas deltagande i vården*: fysisk hjälp (på klädnad, promenad, WC-besök, ätandet och drickandet, tvättandet, annan hygien, sängbäddning), mentalt och socialt stöd (genom att lyssna, diskutera, trösta, glädja, lugna, genom att läsa, uppmuntra).
- 5) *anhörigas stöd från personalen*: information om dagliga saker gällande sin äldre (måltider, ätandet, drickande, WC besök, rörlighet, påklädning, duschhjälp, medicinering, minnesförluster, upprätthållandet av funktionaliteten), information av ev. läkare.

(Nuutinen 2005: 133)

## 2 ANHÖRIG FÖRR OCH NU - SAMHÄLLELIG FÖRÄNDRING

I det här stycket presenterar jag hur anhörigas situation har ändrats sedan 1800-talet.

### 2.1 Anstaltsvårdens historia

Anstaltsvårdens historia i Finland är relativt kort, ungefär hundra år. Ännu vid sekelskiftet 1800-1900 var det barnen i familjen som tog hand om de äldre familjemedlemmarna. Så sent som på 1870-talet fanns det i princip inga anstalter för äldre människor. Under 1800-talets sista årtionde började staten grunda s.k. fattighus som var ämnade främst för äldre människor, fattiga och hjälplösa. I samband med industrialiseringen tilltog anstaltsvårdens verksamhet. Den gamla lagen om omhändertagande från år 1946 ändrades år 1970 till att inte längre förplikta barnen att ta hand om sina föräldrar och dessas föräldrar. Därmed blev de äldre en del av den lagstadgade socialvården. Folkpensionslagen från år 1972 som styrde grundhälsovården förpliktade kommunerna att ta hand om sina invånares sjukvård. Man började bygga vårdcentraler. Juhani Lehto, dr i socialvetenskap, ansåg att välfärdsstatens moraliska normer grundade sig på tanken att de professionella skulle lösa alla samhälleliga problem. Medborgarna har betalat sin skatt och kan vänta sig att de som med skattepengar blivit anställda som professionella hjälpare kan lösa problemen. (Nuutinen et al. 1997: 92)

Då vi kommit in på 2010-talet befinner sig vårt samhälle i en situation där de stora åldersklasserna (de som är födda på 1940- 1950-talen) närmar sig pensionsåldern och även arbetskraften föråldras. Arbetslivet är krävande, takten ökar med många plikter som skall skötas. Likväl borde vårdpersonalen kunna möta de ökande kraven med allt mindre resurser. Samtidigt minskar de ungas antal. Överallt i arbetslivet, även på hälsovårdssektorn, råder det samtidigt stor arbetslöshet, brist på arbetskraft och utmattning på arbetet. Skulle man kunna överföra studerandes, arbetslösas och ev. pensionärers resurser till hälsovårdssektorn? Enligt tidigare utredningar (1997) är finländarna villiga att jobba med frivilligt arbete där man får hjälpa folk. (Nuutinen et al. 1997: 93)

Ökningen av den äldre befolkningen ser ut att fortsätta under de närmaste decennierna. Statistiken för Organisationen för ekonomiskt samarbete och u-länder visar att 2050 kommer andelen personer i åldern 65 år eller äldre att vara mer än dubbel. I Europa har man en förväntad livslängd på 85 år eller t.o.m. mer kan mycket väl bli allmänt. Vid utvecklandet av social- och hälsovårdstjänster, är tyngdpunkten att möjliggöra för äldre personer att bo i sina hem så länge som möjligt. De personer som har tillträde till institutioner idag är äldre, har flera sjukdomar, är i sämre skick och är mer beroende av andra än tidigare. De flesta av dem har funktionella begränsningar, många av dem lider av demens, en minskad förmåga att fatta självständiga beslut finns - som i sin tur ökar deras sårbarhet. En nationell ram för att säkerställa högsta möjliga kvalitet på vård av äldre har fastställts av Social- och hälsovårdsministeriet. (Leino-Kilpi 2006: 3)

## **2.2 Anhörighistoria**

Traditionellt sett har man inom vården fokuserat på att vårda den enskilda patienten. Vårdarna har lätt för att låta bli att beakta de anhöriga, eftersom man inte har varit van att göra det. Vården saknar helt och hållet en s.k. anhörighistoria. Detta syns också inom forskningen då man ännu fortsätter att utreda endast relationen vårdare -patient samt anhöriga som ett separat fenomen. Oberoende av hur vårt samhälle har sett ut har anhöriga alltid spelat en stor roll då omsorg och hjälp har behövts. Men det är först under 1990-talet som större intresse för de anhörigas situation har vaknat. De informella hjälpgivarna har identifierats som en grupp och som en viktig resurs. (Jeppsson Grassman 2003: 13)

### **2.2.1 Anhörigas hjälpinsatser**

De anhörigas hjälpinsatser innebär ett oavlönat arbete som utförs inom familjen och det egna hushållet men dock också utanför. Från fall till fall skiljer sig de informella hjälpinsatserna, t.ex. beträffande hurudana uppgifter som utförs, hur mycket tid det kräver och vilken grad av intimitet som förknippas med dem (Jeppsson Grassman 2003: 23-24).

Varje situation är unik och präglas av ett visst sammanhang. Det är t.ex. stor skillnad om man bor med personen som behöver hjälp eller om hjälpen ges utanför det egna hushållet. (Jeppsson Grassman 2003: 29)

De anhörigas hjälpinsatsers karaktär är då också av central art, dvs. vilken typ av hjälpinsatser som ges. Inom forskningen har det funnits olika sätt att beskriva hjälpinsatser. Horowitz har år 1885 arbetat fram dessa kategorier: *känslomässig hjälp, direkt praktisk hjälp, hjälp genom att verka som ombud i kontakt med myndigheter och olika organisationer, ekonomisk hjälp samt hjälp i delat hushåll*. (Jeppsson Grassman 2003: 35)

## **2.3 Anhörigas upplevelser av att vårda**

Ett ofta förekommande tema i de anhörigas berättelser är att man känner sig bunden i sin hjälpgivarroll. Man känner ett dygnetrunt- ansvar som man sällan eller aldrig kan koppla av ifrån. Bundenheten påverkas starkt av hurudant hjälpbehov ens närstående har. Är den anhörigas vårdtagare i kontinuerligt behov av hjälp med de dagliga sysslorna så blir hjälpgivaren bunden att alltid finnas tillhands. För många innebär vårdgivarssysslan att umgänget med vänner och bekanta minskar. Många berättar att man blir ensam och isolerad från andra människor. Ofta sträcker sig vårdssysslan över många år. För en del innebär vårdssysslan faktiskt att de ger upp sitt eget liv för att bistå en annan människa. (Johansson 2007: 47)

## **2.4 Roll som anhörig i ett historiskt perspektiv**

Vårdpersonalen kommer i kontakt med anhöriga i många olika vårdsituationer, t.ex. på en läkarmottagning, en barnrådgivning, i hemsjukvården eller i olika vårdsituationer på ett sjukhus. Anhörigas upplevelser beror säkert mycket på i vilken situation de är anhöriga i vården. Inom vården är också personalens inställning till de anhöriga olika. På en barnavdelning ser man det idag som helt naturligt att föräldrarna så mycket som möjligt är tillsammans med sitt barn. På andra vårdavdelningar på sjukhus kan personalen anse att en anhörig är kontaktperson mellan patienten och världen utanför. Personalen hinner inte alltid lära känna de

anhöriga och tycker ibland att de rentav är svåra att umgås med. (Holmdahl 1995: 22)

## **2.5 Livsbemästring**

Vi utgör alla delar av sociala nätverk som formas under livets gång, med en egen historia, egna normer och värderingar. Nätverket förändras ständigt både i omfattning och kvalitet genom fortlöpande kontakter och utbyte av tjänster mellan individerna i nätverket. Den enskilde känner ofta stark lojalitet till det nätverk av individer som han/hon är en del av. När familjen och släkten utökas med nya medlemmar eller förlorar gamla, förändras nätverket i motsvarande grad och anhängsomkretsen ombildas. Vissa människor utvecklar stora, rika och tätt förgrenade sociala nätverk emedan andra har små, tunna och glesa nätverk av relationer till andra. När man blir äldre krymper eller tunnas ens sociala nätverk ut. (Johansson 2007: 25)

## **2.6 Den förändrade familjestrukturen**

Under den förindustriella periodens samhälleliga förhållanden var inte fattigvården ej heller de vårdbehövande en avskild sektor, utan de vårdbehövande togs om hand på ett eller annat sätt i vardagslivet. Pirinen (1959) skriver i boken Finland i förvandling att en urgammal nordisk uppfattning var omvårdnaden om de fattiga och sjuka som i första hand var släkters och släktingarnas uppgift. Genom kyrkans försorg grundades visserligen redan på medeltiden vårdanstalter. I det glest bebyggda och agrara Finland var den allmänna regeln den att de sjuka och de arbetsoförmögna äldre fick sin utkomst och grundtrygghet i det närsamhälle där de levde. Hjälpens grundade sig på privatpersoners barmhärtighet och medlidande. (Haapola et al. 1998: 227)

Då den lokala gemenskapen upplöstes ställdes också den finländska familjen inför en ny situation. Den omedelbara sociala gemenskapen, närsamfundet, som tidigare hade varit liktydigt med byn eller storfamiljen, förtätades nu till en kärnfamiljs storlek. (Haapola et al. 1998: 153)



I samband med diskussionen om familjesituationen konstateras att den finländska familjen genomgått stora förändringar efter II världskriget. Förändringarna har fortsatt under 1980- och 1990-talen; i synnerhet har medborgarnas uppfattning om vad som egentligen utgör ett familjeliv förändrats. Förändringar i människo- och familjerelationerna har omformat finländarnas livsföring, likaså omvälvningarna i näringsstrukturen. (Haapola et al. 1998: 203)

Den ökade livslängden innebär att barn, föräldrar och far- respektive morföräldrar har nu flera gemensamma levnadsår och delade erfarenheter än tidigare. Familjer som omfattar fyra eller t.o.m. fem generationer är i dagens läge inte ovanliga. Det är långtifrån enastående att två eller tre vuxna generationer samtidigt är i livet. Far- och morföräldrar, och deras föräldrar, tilldelas en aktivare roll. Likaså har - åtminstone i teorin - äldre som inte klara sig hemma på egen hand ett större "urval" bland sina anhöriga än förr i tiden. (Haapola et al. 1998: 204)

Familjesituationen har under slutet av åttiotalet och början av nittiotalet undergått många förändringar som tyder på nya uppfattningar av familjen som gör sig gällande (Haapola et al. 1998: 204).

Man kan säga att rollerna inverkar på relationernas funktion, vilka olika hjälpgi-varroller den anhöriga får. (Jeppsson Grassman 2003: 196) Roller förändras och det innebär också en förändring och omfördelning av uppgifter inom familjen eller äktenskapet. Förutom nya hjälpgi-varroller kan den närmaste också bli tvungen att ta över sådant som den äldre alltid brukade sköta om. Relationen försvinner bit för bit. (Almberg et al. 2003: 126, 127)

Hur en relation mellan en anhörig och en närstående sett ut genom livet påverkar anhörigas upplevelser i nuet. Den anhöriga kan hämta kraft från relationen, livet tillsammans, när nuläget känns tungt. (Jeppsson Grassman 2003: 194) På motsvarande sätt kan en svår situation förvärras och försvåras om relationen till den närstående varit dålig under livets gång. (Heimonen et al. 1997: 114)

Roller inom familjen och den närmaste kretsen påverkas då någon inom familjen åldras. Rollerna inom familjen och den närmaste kretsen påverkas då ens närstående kommer in på ett boende. Med roll menas här den ställning en individ har;

den ställning som formats under många år. T.ex. barn- och föräldrarollen förändras ganska kraftigt då föräldern bli gammal. Plötsligt är det barnet som sköter om sin pappa eller tröstar sin mamma. Det är plötsligt barnet som bekymrar sig hur föräldern klarar sig. Rollerna blir ombytta. (Heimonen et al. 1997: 114)

## **2.7 Kort sammanfattning av kapitel två**

Det är en rad olika faktorer i ett komplicerat samspel som avgör hur många ”hjälpande händer” den som behöver hjälp har att tillgå. Förändringar i livslängd, befolkningssammansättning, familjebildning, barn, sociala nätverk och relationer pågår ständigt över tid. Det finns stora regionala och t.o.m. lokala skillnader i befolkningens sammansättning. Möjligheten att få hjälp sett ur den äldre hjälpbehövandes perspektiv är främst beroende av om man är gift eller sammanboende, om man har barn och om de bor nära. En ytterligare krets av presumtiva hjälpgivare är vänner, grannar och frivilliga. Med det här som utgångspunkt kan man studera variationen till omsorgsgivare.

Fattigvårdslagen försvann 1956, något som sedermera följdes upp med att motsvarande skyldighet ströks ur Familjebalken 1979. Utvecklingen av hemtjänsten på 1950- och 1960 talen har också beskrivits som en frigörelse för kvinnorna som inte längre var tvungna att stanna hemma och ta hand om sina (gamla) föräldrar eller svärföräldrar. Utvecklingen av en stark offentlig omsorg tycks samtidigt ha skett utan en mer medveten tanke om familjens roll. Det lades fast att samhället hade förstahandsansvaret men om anhöriga ville vårda en nära anförvant, bör dessa få stöd och hjälp i tillräcklig omfattning och med god kvalitet. Man kan säga att det finns några årtal eller tidsperioder som varit särskilt viktiga som ”landmärken” i anhörigfrågans utveckling. Det första årtalet var 1956 när Fattigvårdslagen från 1918 ersattes med en modernare socialhjälpslag. Den innebar att kommunerna fick ett ökat ansvar för att tillgodose befolkningens behov av social trygghet. Med detta upphörde också vuxna barns försörjningsansvar för sina föräldrar. Härmed ”föddes” den moderna äldreomsorgen.

I vårt land har staten eller samhället ansvaret för människans behov av vård och omsorg. I den socialpolitiska diskussionen beskrivs detta ibland som ett ”kontrakt” mellan medborgarna och staten. I utbyte mot att alla bidrar till finansieringen av den offentliga omsorgen har alla en ”rätt” till vård och omsorg när man så behöver. Den här nordiska modellen kan ses som motsatsen till det i Syd- och Mellaneuropa förekommande ”kontraktet mellan generationerna”. Med det här menas att vuxna barn i utbyte som eller som ett tack för den omsorg man själv fått som barn av sina föräldrar ”betalar tillbaka” genom att se till att sina föräldrar får den vård och omsorg som är nödvändig. Även generationskontraktet finns förankrat i lagstiftningen, inte minst i normer och värderingar.

### **3 ANHÖRIG TILL EN ÄLDRE PÅ ÄLDREBOENDE - SITUATIONEN IDAG**

I det här stycket redogör jag för anhörigas situation idag på äldreboende, deras roller och rättigheter samt på vilket sätt de deltar i vården av sin närstående.

#### **3.1 Den odemokratiska vårdssituationen**

Då en äldre inte mera kan bo hemma kan man som ett alternativ tänka sig att de flyttar till ett boende (Noro et al. 2000: 43). Om man frågar äldre ifall de är nöjda med den vård och skötsel de får på äldreboenden, svarar ofta 80-90 % jakande fastän allting inte är så som de önskar. Vårdpersonalen är yrkeskunnig men har så bråttom hela tiden. Patienternas enskilda behov och önskemål kan inte uppfyllas. Anstaltsmaten är god men kan inte jämföras med husmanskost. De flesta har ledsamt hem och önskar att de i alla fall en gång skulle ha möjlighet att kunna fara hem. Men om ingen kontinuerlig hemvård går att ordna och inga hemvårdsbesök heller, kan de inte bo hemma. De äldre vill inte bli en börda för sina anhöriga. (Nuutinen et al. 1997: 93)

Alla människor kommer under sitt liv att behöva hjälp av någon annan. Många kommer att ställas inför en situation då de inte klarar vardagen ensam, utan är i behovet av mer varaktig hjälp, antingen hjälp från samhället eller av familjen eller båda. Hur ansvaret fördelas när det gäller vem som ska se till att en annan får hjälp när nöden är som störst, har skiftat över tid inom och mellan olika länder och kulturer. De som har resurser kan köpa den vård och omsorg som behövs. I de flesta fall vänder man sig till sina anhöriga för att få hjälp. (Johansson 2007: 10)

## **3.2 Anhörigas deltagande i vården**

Hanna-Leena Nuutinen och Ritva Raatikainen har år 2005 skrivit att anhöriga har konstaterats delta i vården på äldreboenden främst genom psykiskt stöd. Deltagandet i den fysiska omvårdnaden är mer sällsynt, men det kan t.ex. bara omfatta sådant som att mata och att stiga upp ur sängen. De citerar Laitinen (1991) och menar att den anhörigas deltagande i vården främjar patientens motivation till livet och intresse samt främjar patientens kondition.

Släktingar deltar i vården lika mycket oberoende om de är kvinnor eller män, bara de är släkt med varandra. Men ifall det inte är frågan om direkt relation, tar kvinnor mera än män hand om de äldre. Tanken och plikten att ta hand om någon som inte står i nära relation till en finns inte. (Perälä et al. 1994: 23) Detta i motsats till en utredning från år 1997 där Nuutinen et al. skriver att finländarna är villiga att jobba med frivilligt arbete där man får hjälpa folk.

Man har kunnat se ett samband mellan att om äldre för det mesta är ensamma på äldreboendet så leder det även till sämre funktioner både psykiskt och fysiskt. Ensamheten går att minska genom att den äldre håller kontakt med sina anhöriga. Man har allt mera poängterat vikten av anhörigas deltagande i vården. En anhörigs deltagande i vården kan vårdpersonalen inte allmänt ha som önskemål. Målsättningen är att den anhöriga deltar i vården enligt sina resurser och med det stöd som vårdpersonalen ger. Men huvudsakligen skall vården utföras enligt den vårdades önskemål. (Holmdahl 1995: 9)

Det finns fall där den anhörigas deltagande i vården inte är önskvärd och inte heller möjlig. Alla äldre människor vill inte att deras anhöriga ska delta i vårdsnaden av dem. Intimitet- och integritetsskyddet förutsätter att den äldre kan förbjuda sina anhöriga att helt och hållet delta i vården (Marin et al. 2003: 180). Det kan också hända att den äldre inte har anhöriga eller att de anhöriga inte kan eller inte vill delta i vården.

### **3.2.1 Anhörigas rättigheter**

För att överhuvudtaget kunna delta i vården måste den anhöriga få tillräckligt mycket information om var hon kan delta och vad hon kan göra samt få informa-

tion om sina närståendes möjliga sjukdomar och hinder. Vårdpersonalen ger dock inte alltid själv ut informationen eller så är den information som ges inte tillräckligt omfattande. Den anhöriga behöver även stöd från vårdpersonalen. I vissa fall får de anhöriga allt det stöd som hon behöver, men i andra fall får den anhöriga inget stöd alls och ingen uppmuntran till att delta i vården. Det är ytterst viktigt att den anhöriga blir av vårdpersonalen lika väl omhändertagen som den äldre och att hon får all information som krävs. (Laitinen 1991: 53)

Maarit Huovinen har skrivit boken *Muistihäiriöt* (2004) då hennes egen mor insjuknade i Alzheimer och skriver bl.a. i korthet om anhöriga och deras rätt till olika stödformer. Hon menar att varje anhörig har rätt till:

1. **Information:** Att få veta vad som händer då man bli äldre och hur man utvecklas, att få veta om olika patientorganisationer, rådgivning och olika stödformer som finns.
2. **Hjälp i vården:** Att bli godkänd som en viktig part i förverkligandet av vården. För att kunna fungera som en bra anhängigvårdare behöver man också kunskap och information om vården med hjälp av mediciner. Att få en vård- och serviceplan åt personen på boendet kan även vara till stöd för den anhöriga.
3. **Att bli hörd:** I frågor gällande en själv och personen i fråga är det viktigt att bli hörd. Att få veta vilka juridiska rättigheter man själv och personen i fråga har.
4. **En bra vardag:** Råd om olika hjälpmedel och hur man gör omgivningen trygg för den äldre. Att komma överens om hjälp och stödbehov gällande omsorgen om den äldre.
5. **Känslor:** Den anhöriga har rätt att känna det hon känner, att känna behov av kärlek men också rätt att känna sig rädd, trött eller ångestfylld.
6. **Ett eget liv:** Det är viktigt för den anhöriga att få tid över till sina egna intressen och att han/hon emellanåt frigöras från anhängigvårdarrollen.

(Huovinen 2004: 157-158)

### 3.3 Anhörigas roller

*”...att finna nya roller i en för oss båda helt ny situation - och relation. När jag känner att jag håller på att bli mamma åt min mamma så stegrar det sig inom*

*mig. Hon är min mor, jag är hennes dotter. Men hon är inte min mamma längre, som jag minns henne, stark, självständig, bestämd, handlingskraft och envis till tusen.”* (Fant 1990: 49)

Maud Söderlund (2004) poängterar i sin bok ”Som drabbad av en orkan” att anhörigas till dement sjuka ”lidande” minskar när de upplever värdighet och välbefinnande. Det beror på vilket sätt personalen på ett boende bjuder in de anhöriga att dela gemenskapen. När anhöriga känner sig delaktiga i gemenskapen skapar det en känsla av att personalen förstår, något som märks i gemenskapens atmosfär.

Det har varit svårt att hitta tidigare studier om hur anhöriga upplever situationen i vården på äldreboenden. Almborg (2008) har delvis ett anhörigperspektiv när hon studerar anhörigas upplevelser av bemötandet i vården samt delaktighet. Resultaten från studien visar att 56-68 % av de närstående hade en positiv uppfattning gällande informationen. 46-53 % tyckte dock att de inte hade fått tillräckligt med information om sin närstående. I diskussioner om vård och stöd var det 82-84 % av de anhöriga som uppfattade sig som inte alls delaktiga.

Larson (2005) beskriver att han fann vissa skillnader mellan könen beträffande närståendes upplevelser av sin livssituation. Studien visade att kvinnor redan från början upplevde lägre livskvalitet och välbefinnande än manliga närstående. Männen rapporterade dock färre känslomässiga kontakter i sitt sociala nätverk.

Olaison (2009) tycker att familjens roll är central och viktig men samtidigt problematisk. Det beror på att anhörigas roll i denna process inte är definierad och ett familjecentrerat perspektiv saknas. Informell omsorg och anhörigas stöd uppmuntras men när det kommer till beslutsfattandet har dock de äldre beslutsrätt om sig själv, även om anhöriga har stor del i omsorgen om de äldre.

Synonymt med anhörigomsorg är ofta kvinno- omsorg eftersom det oftast är kvinnor som får bära hela omsorgsansvaret. När den hjälpbehövande är äldre, över 80 år, är det framförallt döttrar och svärdöttrar som står för merparten av insatserna. (Johansson 2007: 32)

Det är inte alltid säkert att den äldre vill ha hjälp av sina anhöriga. Många tidigare studier visar att många äldre inte vill vara en börda för sina anhöriga och därmed förväntar man sig inte att få hjälp av familjen. Det finns en outtalad önskan och förväntan att vård och omsorg om äldre i första hand skulle vara ett offentligt ansvar i Finland. Enligt en jämförande studie i samtliga EU-länder uttryckte 80 % av de tillfrågade att man föredrog anhängigvård samhällslösningar före anhängigvård för sin närstående. Då det gäller sambon är situationen vanligtvis annorlunda. De flesta anser att det så gott som är självklart att ta hand om varandra när man levt ett helt liv tillsammans. Den mesta anhängigomsorgen gavs makar emellan (Johansson 2007: 34). Men många anhöriga kan inte ange övertänkta motiv till varför de skulle ställa upp och ta hand om sin nästa. (Sjöberg 2001: 7)

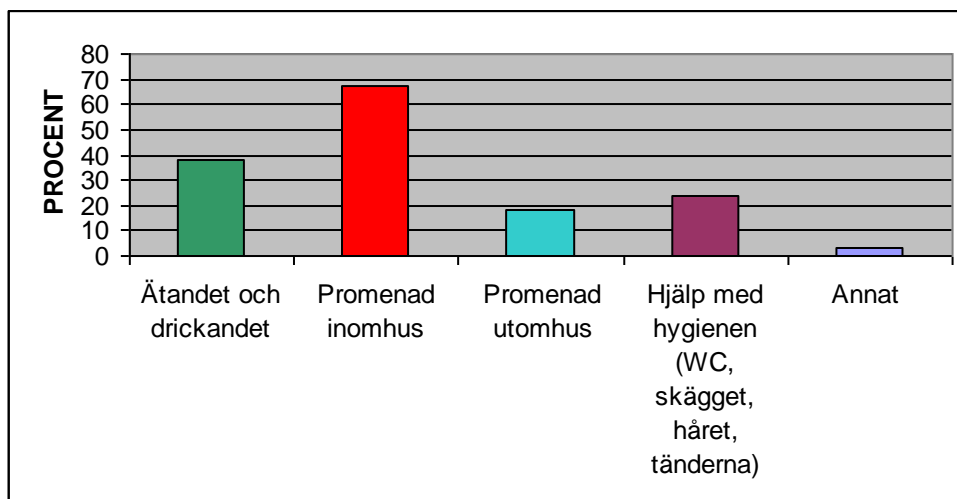
### **3.3.1 Världighet – den äldre**

När man arbetar inom sociala sektorn, bl.a. inom äldreomsorgen, borde arbetet grunda sig på en humanistisk människosyn. Det innebär att man respekterar den äldre som en unik individ, som har självbestämmanderätt i ärenden som har att göra med ens egen vård. I det humanistiska arbetet är grunden ett moraliskt ideal och en värdering var man vill höja, skydda och bevara människans världighet. (Armanius et al. 2004: 138)

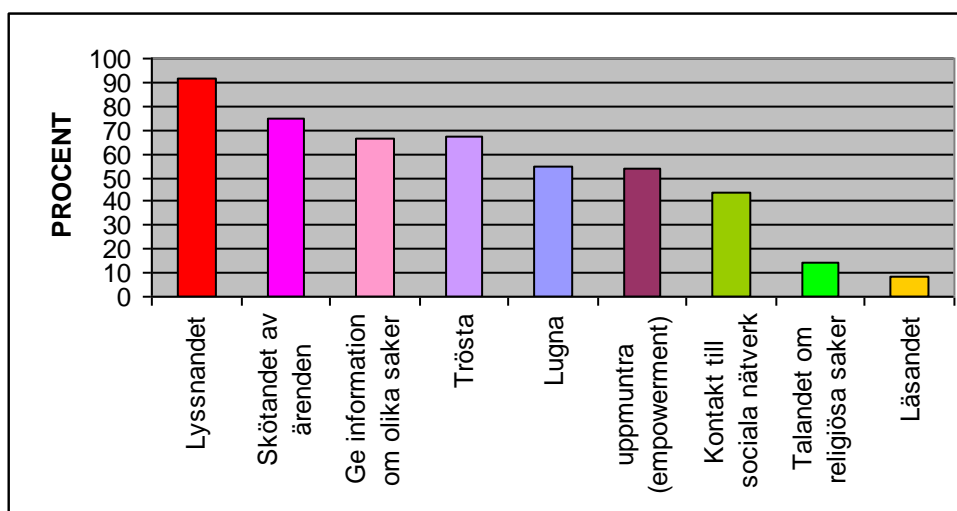
Att hamna i en situation där man känner att man behöver ta emot hjälp känns kränkande och den egna världigheten känns hotad. En försoning med sin nya situation måste äga rum och man måste tillåta sig bli beroende av någon annan. Det värde som man inte mera kan nå måste ersättas av något nytt. Att få vara någon och känna sig betydelsefull för att den egna världigheten uppmärksammas är betydande för alla människor. (Edlund 2002: 78) Att vara någon, innebär att bli sedd, trodd och lyssnad till, här handlar det om att den äldre personen känner sig trovärdig och får bekräftelse på att hon är värd något (Edlund 2002: 81). Den äldre personen visar utåt sin världighet genom konkreta handlingar som på något sätt utgör en symbol för världighet (Edlund 2002: 77). Betydelsen av att själv kunna sköta sin hygien är viktigt för den äldre (Edlund 2002: 78).



I figuren nedan ser man en fördelning hur de anhöriga hjälpte sin närstående på äldreboenden år 2005. Man kan avläsa från den att 38 % hjälpte till med ätandet och drickandet, 67 % promenerade inomhus tillsammans med sin närstående, 18 % promenerade ute, hjälp med hygien (WC-besök, tänderna, skägget, håret) 21 %, annat 2 %.



Figur 1. De anhörigas deltagandet i patientens fysiska aktivitet på äldreboende.



Figur 2. Anhörigas deltagande i sin närståendes psykiska och sociala stöd på äldreboende.

Återgivet med upphovsmannens tillstånd.

(Nuutinen et al. 2005: 137)

Från figuren kan man avläsa att av de patienter som intervjuades (2005) var fyra femtedelar kvinnor och deras medelålder var 83 år. Hälsocentralens patienter hade högre grundskoleutbildning än de som var på äldreboenden. En tredjedel hade avlagt grundskolan och därmed hade en tredjedel även student- eller högskoleutbildning. Över hälften värderade sin hälsa och sitt ekonomiska tillstånd till god. Hälsocentralens patienters fysiska kondition och minne var dock sämre än de som var på äldreboenden. Över hälften av de anhöriga trodde att deras närstående ville ha hjälp i dagliga bestyr. Enligt de anhöriga var det mera såhär på äldreboendena än på hälsocentralerna. Att ta sig till äldreboendet orsakade inga problem. Över hälften av de anhöriga ville hjälpa sina närstående med dagliga sysslor, men bara en femtedel hade tid med det. Av de anhöriga var två tredjedelar kvinnor och hälften var patienternas barn. De anhörigas ålder varierade mellan 28 och 90 år. En tredjedel hade avlagt grundskolan samt en tredjedel hade student- eller yrkeshögskoleutbildning. (Nuutinen et al. 2005: 13)

Alla anhöriga ville dock ha mera information om patientens ev. sjukdom samt om behandlingen och den omvårdnad som personalen gav dem. De önskade också få veta vad vårdpersonalen väntade sig av dem och på vilket sätt de kunde delta i vården. Anhöriga önskade att vårdpersonalen alltid skulle informera dem om det skedde förändringar och de ville ha en öppnare kontakt med personalen. (Nuutinen et al. 2005: 14)

Anhöriga är nöjda om de får prata med och träffa patientens egenvårdare. Det är också lättare att prata med någon som man har talat med tidigare. Anhöriga tycker det är tryggt att veta att det finns en vårdare tillsammans med patienten. (Holmdahl 1995: 70)

### **3.3.2 Relationer i livscykelperspektiv**

Anthony Giddens (Madsen 2006: 70-71 och Ytterhus 2003: 26) förklarar att det äldreboendet fungerar som en arena för två typer av relationer; relationer ansikte mot ansikte och ansiktslösa relationer. En ansiktslös relation är en relation mellan en enskild person och ett samhälleligt system, t.ex. en institution. En grundlägg-

gande förutsättning för en ansiktslös relation är tillit till systemen. Att en anhörig lämnar sin närstående (t.ex. sin mamma eller pappa) på ett äldreboende är ett exempel på den anhörigas grundläggande tillit för anstalten som en del av samhällssystemet. De professionella på äldreboendet fungerar som representanter för systemet. I relationen ansikte mot ansikte delar man gemensamma vardagsvillkor och skapar social gemenskap. Denna form av relation bygger på samspel, tillit och närvaro.

### **3.4 Kort sammanfattning av kapitel tre**

Hur ansvaret fördelas när det gäller vem som slutligen ska ta hand om de äldre har växlat över tid och olika kulturer emellan. I vissa länder saknar man praktiskt taget offentlig vård och omsorg av det slag som vi här i Finland har i vårt land. Men även här förekommer det att den offentliga vården och omsorgen är svårtillgängliga eller inte har den kvalitet som man förväntar sig, vilket medför problem, inte minst för de anhöriga. De som har resurser kan köpa den vård och omsorg de vill, och detta oberoende av anhöriga. I slutet av 1980-talet uttrycktes för första gången samhällets policy beträffande ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av vård och omsorg. (Johansson 2007: 11)

Att bo kvar hemma på äldre dagar och att i kretsen av nära och kära få somna bort utan plågor är något som de allra flesta önskar och allt fler får uppleva det. Men inte alla kan det utan ”tvingas” flytta hemifrån under de sista åren. Lösningen till att inte bo kvar ensam hemma är t.ex. ett äldreboende. När relationen skiftar karaktär och omsorg övergår till att bli vård och relationen alltmer präglas av ett vårdansvar kan det vara svårt att eller t.o.m. omöjligt att bestämma. För de flesta är ”hjälpa” eller ”ge omsorg” en inbyggd del i en annan roll, t.ex. föräldrarollen. För många är omsorg ett arbete eller ett yrke som styrs av professionella. Ofta har man flera roller samtidigt, något som ibland kan innebära spänningar och rollkonflikter. Sett utifrån den som ger hjälp finns ofta stark vilja att ställa upp och hjälpa sin nästa. Samtidigt finns också en stark vilja av att leva sitt eget liv, utan att bli uppslukad av vårdåtagandet eller att ständigt känna skuld över att man inte ”gör tillräckligt”. Samma dilemma upplever den som tar emot hjälp. Man är förstas glad och nöjd för den omsorg man får av sin anhörig, men på samma gång kan

man uppleva en oro för att man kanske ”blir en börda” för den som hjälper. Men i det här arbetet var det frågan om att vara anhörig till sin äldre.

## 4 DELAKTIGHET

*”I delaktigheten uppstår vår tillvaro”* - Torgny Lindgren (Gustavsson 2004: 61)

Man strävar efter att omgivningen på ett äldreboende skall vara trygg, hemtrevlig samt impulsgivande och sporrande. Vården borde främja rehabiliteringen samt stöda självaktighet och funktionsduglighet (Socialvårdslagen 1983). För att främjandet och upprätthållandet av hälsa och funktionsduglighet inte alltid är möjlig, borde vårdpersonalen i alla fall kunna upprätthålla och ge den äldre en värdig och en god livskvalitet. (Nuutinen et al. 2005: 131)

Parallellt med begreppet delaktighet används begreppet inklusion (Gustavsson 2004: 20). De båda begreppen betyder samma sak. Enligt Värynen (2001: 20) kan man säga att inklusionstanken bygger på individens delaktighet. Delaktig betyder att ha del eller vara delaktig i något. Att delta betyder att vara del av något eller vara med om något (Svenska Akademiens ordlista 1998: 129). Delaktighet är ett mångfacetterat begrepp. Delaktighet innebär enligt Gustavsson (2004: 11) att vara en del av ett sammanhang, att känna samhörighet eller att ha ett gemensamt ansvar över något. Det handlar om gemenskap. Vidare kan delaktighet sägas innebära autonomi och möjlighet till inflytande; att vara med och fatta beslut gällande det egna livet. Mats Trondman (2003: 102) som gjort en studie om delaktighet som metod i ungdomsarbete, förklarar delaktighet som ett ömsesidigt utbyte av varandras världar.

Martin Molin har i sin analys av begreppet delaktighet behandlat olika former av delaktighet. Till dessa hör: aktivitet, engagemang, tillhörighet (formell och informell), autonomi, makt samt interaktion. För dessa olika former finns det olika förutsättningar. Molin delar in förutsättningarna i basala handlingar och genererade handlingar. En basal handling kommer från individen själv t.ex. att gå. En genererad handling förutsätter en interaktion mellan individen och omgivningen t.ex. att åka tåg. (Molin 2004: 66) Informell och formell delaktighet behandlar jag närmare i nästa kapitel, 4.1.

Enligt Väyrynen (2001: 20) handlar delaktighet om att vara med, att ta med någon eller att gå med och det förutsätter individens egen motivation. Genom att vara delaktig förutsätts individens aktivitet och motivation till medverkan, härmed innebär delaktighet också en möjlighet att låta bli att delta. Den egna viljan och motivationen kan sägas utgöra en intern förutsättning för delaktighet. Till skillnad från de interna förutsättningarna finns de externa förutsättningarna i omgivningen. Således kan utgångspunkten för delaktighet sägas vara både individens aktivitet och engagemang och omgivningens sociala utformning och tillgänglighet. (Gustavsson 2004: 20, 75-78)

Delaktighet omfattar alltid en subjektiv dimension vilket innebär människans subjektiva känsla och upplevelse av delaktighet. Den subjektiva dimensionen skiljer sig från den objektiva dimensionen och innebär ett iakttagbart deltagande, d.v.s. en annan människas bedömning av individens delaktighet. Den objektiva dimensionen av delaktighet förutsätter inte nödvändigtvis en subjektiv dimension. En subjektiv upplevelse av delaktighet kan vara beroende av t.ex. ålder. (Gustavsson 2004: 30)

Världshälsoorganisationen (WHO) följer ett nytt klassifikationssystem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) där begreppet delaktighet rymmer flera olika komponenter. Till skillnad från tidigare klassifikationer utgör ICF inte en klassificering av människor med funktionshinder eller funktionsnedsättningar utan gäller alla människor. ICF-modellen förklarar delaktighet som "en individs engagemang i livssituationer i förhållande till hälsoförhållanden, kroppsfunktioner och kroppens struktur samt aktiviteter och faktorer i omgivning-

en". I modellen innefattar delaktighet många betydelser. "Taking part" innebär att ta del av ett livsområde, "being included" innebär att vara inkluderad i ett livsområde, "being accepted" är att vara accepterad, "engaged in an area of life" innebär att vara upptagen inom ett livsområde och "having access to needed resources" innebär att ha tillgång till nödvändiga resurser. (Gustavsson 2004: 65-67)

*Communicare* betyder kommunikation och härstammar från latinet och det betyder att göra något gemensamt (Näse 3.5.2010). Identiteten bekräftas och det skapas relationer till andra människor. Det är A och O i begreppet delaktighet. Genom kommunikation delar man tankar och känslor och kommunikation är ett grundläggande element i förståelsen av socialt samspel. Närheten och gemenskapen skapas med andra människor via kommunikationen. Dialog innebär att vara öppen för något nytt. Att lyssna på varandra förutsätts, genom ömsesidig respekt. Att lyssna handlar om mer än att höra. Det handlar om att lyssna både till det som sägs och inte sägs och utgående från det skapa en förståelse för den andra. (Eriksson et al. 2000: 151-153)

*"Genom att göra oss delaktiga av varandras liv skapar vi oss själva. Utan delaktighet finns vi inte till"* –Torgny Lindgren (Gustavson 2004: 61)

## 4.1 Gemenskap

I diskussionen kring delaktighet aktualiseras också begreppet *gemenskap*. Svenska Akademiens ordlista (1998: 264) definierar gemenskap som samhörighet och nära förbindelse. Gemenskap är en känsla av positiv samhörighet och kan uppstå i grupper och sammanslutningar av individer. I gemenskap uppstår ofta känslan av *tillhörighet*. Tillhörigheten definieras som en tillfredsställande känsla av att vara en del av - en grupp där medlemmarna har en nära relation till varandra. (Hännikäinen 2006: 126)

Det kan skiljas mellan formell och informell tillhörighet. Formell tillhörighet legitimerar deltagandet och kan sägas utgöra en yttre ram för delaktighet. Formell tillhörighet kan bestämma t.ex. de formella tillhörigheterna till en bestämd grupp. Däremot är informell tillhörighet en subjektiv upplevelse av tillhörighet. Informell

tillhörighet innebär en känsla av att tillhöra något och att vara accepterad av andra och det grundar sig på respekt och tillit.

Begreppen gemenskap och delaktighet är centrala begrepp inom socialpedagogiken. (Gustavsson 2004: 61)

## 4.2 Människosyn, etik och moral

Inom äldreomsorgen brukar uttrycket människosyn ha en nyckelroll (Tännsjö 1993: 153).

Begreppet etik kommer från grekiskans ord *ethika* medan ordet moral baserar sig på latinets ord *mores*. Etik handlar om vad som är rätt och vad som är fel eller vad man borde göra och vad man inte skall ta sig an. Till etik hör också vad som gör livet värt och vad som gör det meningslöst. Etiken är ett försök att tänka systematiskt kring sådana frågeställningar. Immanuel Kant som är en av de stora förespråkarna för etiklära ger som ett exempel på pliktetiken eller som även kallas den ”deontologiska etiken”, att pliktetiken menar att det moraliskt rätta är att handla i enlighet med plikterna (Tännsjö 1993: 14-15)

Detta är lika för alla äldre människor och understryker vikten av att värna om livskvalitet och rätt till självbestämmande. Många vardagliga etiska problem i omsorgen har att göra med begreppen autonomi, privathet och integritet. Dessa autonomska begrepp, innefattar såväl teoretiska som praktiska problem. (Leino-Kilpi et al. 2006: 3)

Genom att skapa förutsättningar för delaktighet strävar man efter att skapa förutsättningar för alla människor att inkluderas i samhällsvetenskapen (Roos et al. 2006 : 188-190; Väyrynen 2001: 16-18).

Att organisera vården och omsorgen så att den blir ”anhörigvänlig” är något som skulle kunna utvecklas. En anhörigvänlig äldreomsorg bjuder in till en tidig kontakt och arbetar aktivt med att komma i kontakt med anhöriga. Förhållningssättet bygger på ett synsätt där den anhöriga är ett subjekt och får möjlighet till delaktighet i processen att forma ett anhängstöd. Arbetet med att utveckla stödet till

anhöriga, måste ses som en del i att utveckla vården och omsorgen och de äldre som helhet. (Hanserkers 1987: 53)

### **4.3 Empowerment**

I slutet av 1980-talet, i USA och England började socialarbetare och andra yrkesgrupper inom det sociala området använda ordet empowerment för att beskriva processer och arbetssätt som gav klienterna ökad makt. I EU-länderna har empowerment begreppet blivit allt mer allmännare. Den svenska översättningen för ordet empowerment är hjälp till självhjälp eller egenmakt. (Carlberg 2005: 5)

När den professionella använder ordet empowerment vill den hjälpa och stöda individen att hitta kontrollen över sig själv, och att kunna påverka det som händer en själv. Den professionella vill hjälpa individen att höja självkänslan så att hon sedan vågar och klarar av att påverka vardagen. Empowerment är en individuell process som både är fysisk och mental. Den stärker individens självkänsla i etapper och ger henne större möjligheter att själv ta ansvar för hennes dagliga livssituation. Empowerment är inte endast förknippat till relationer mellan utsatta människor och samhällets olika hjälp- och stödinsatser utan också grundläggande och vardaglig för alla människor. (Carlberg 2005: 7-8)

Empowerment är något som inte går att tvinga på någon. Det handlar om egna beslut och tankar om en önskvärd förändring i sin livssituation. Detta betyder dock inte att utomstående personer inte spelar en viktig roll för att få individen att påbörja empowerment processen. (Carlberg 2005: 12)

En känd brasiliansk pedagog vid namnet Paolo Freire använder sig av tanke och uttryckssätt ur ett empowerment perspektiv, fastän han inte använder ordet i sig. Han arbetade på 70-talet som pedagog bland fattiga i Brasilien som inte kunde läsa och blev övertygad om att utsatta människors befrielse måste komma från dem själva. Han kallade vägen till frigörelse för hjälpism, vilket innebar tre olika saker. Det första var att empowerment måste intas personligen, vilket betydde att det inte kan ges ej heller fås av någon annan. För det andra måste individen på sin väg till empowerment aktivt pröva sig fram genom att samla och prova erfarenhe-



ter. Sista saken som hjälpism innebar var att empowerment skulle vara starkt förknippat med ansvar. (Carlberg 2005: 10)

Empowerment syftar till att hjälpa klienten att ta sig till sin förmåga att besluta om och agera i sitt liv. Detta kan ske genom att försöka minska det som hindrar klienten att använda sig av de styrkor hon besitter, genom att öka hennes självförtroende och genom att tillföra makt från omgivningen. Det man strävar efter med empowerment är att öka klientens möjlighet till att självständigt påverka sin livsmiljö och sina förhållanden och att förbättra livskvaliteten genom att stöda klienten att uppnå sina målsättningar. Klienten ges också möjligheten till personlig utveckling och möjlighet till reflektivt tänkande. Det empowerment baserade arbetet innebär att man inte ser klienten som problem utan istället hjälper henne att bearbeta sin situation tillsammans med en professionell. I och med att klienten får berätta sina tankar och önskningar i livet och hur hon skulle vilja nå dessa möjliggör det att hon själv kommer fram till de olika lösningsmöjligheterna för att avhjälpa den rådande situationen. (Askheim 2007: 15)

Den professionellas roll i arbetet med en klient där empowerment används är att stöda klienten och vara jämbördig med henne och uppskatta hennes egen expertis. Man bör som professionell undvika att ett beroendeförhållande uppstår. Detta kan göras bl.a. genom att den professionella inte gör något istället för klienten utan endast ger henne verktygen att handla själv. Framstegen är ofta små och kräver tålamod. (Askheim 2007: 15)

Det empowerment baserade arbetssättet strävar efter att makten skall kunna förflyttas till klienten och att man som professionell eller vårdpersonal skall kunna godkänna förskjutningen i maktstrukturen. Syftet med arbete är att stöda klientens subjektivitet och förmåga att hantera sitt eget liv, d.v.s. att klienten är nöjd med sitt liv och upplever en känsla av koherens. Koherens ingriper tre del komponenter: begriplighet, förmågan att se logiska sammanhang i det som sker i ens omgivning och utifrån det förstå sitt eget agerande. Känslan av sammanhang beskriver ens grundläggande sätt att förhålla sig till sitt liv, ju mer man litar på att det som händer går att begripa, förutse det som kommer att hända och inse att det som händer är meningsfullt, desto bättre förutsättningar för psykiskt välbefinnande har

man. Den professionella kan inte hjälpa de medberoende om hon själv saknar eller har begränsad handlingskraft. Om den professionella inte är subjekt i sitt eget arbete och liv kan hon inte bemyndiga ”empower” någon annan. (Askheim 2007: 15-16)

#### **4.5 Kort sammanfattning av kapitel 4**

En anhörig måste känna sig delaktig för att det ska bli ett bra samarbete mellan vårdpersonalen och den äldre och den anhöriga. Vårdpersonalen måste ta den anhöriga i hänsyn och även beakta dennes åsikter. Inom äldreomsorgen strävar man efter att stärka de anhörigas och närståendes andel i vården och på så sätt trygga de äldres individuella behov samt erbjuda ett familjenära omhändertagande.

Man skulle kunna tycka att eftersom vi alla är anhöriga på ett eller annat sätt vore det självklart att de anhörigas situation skulle vara mera uppmärksammas. Alla som på något sätt är delaktiga i den offentliga vården och omsorgen, har också mer eller mindre erfarenheter av vad det innebär att vara anhörig med ett omsorgsansvar för en närstående. Men detta innebär inte att vi (ännu?) har en offentlig omsorg som är lyhörd för den anhörigas situation. Mycket ofta hör man anhöriga som besviket konstaterar att de aldrig hört frågan ”*Hur mår du själv då*” (Johansson 2007: 39).

Att vara delaktig i vårdsnaden av sin närstående är inte alltid enkelt. Vårdpersonalen är nödvändigtvis inte tillräckligt uppmuntrande och berättar kanske inte allting som försiggår den närstående. Då kan den anhöriga uppleva att den närstående ”bara finns till”.

## **5 METOD**

I det här kapitlet berättar om mitt metodval och min metod som jag har använt mig av.

### **5.1 Metodval**

En metod är ett redskap, ett sätt att lösa problem och komma fram till ny kunskap. Man kan skilja mellan två olika metodiska angreppssätt: kvantitativa och kvalitativa metoder. Kvalitativa metoder har ett förståelse syfte, att man genom olika sätt samlar in information för att få en djupare förståelse av det problemkomplex man studerar. Det som även kännetecknar en kvalitativ metod är närheten till den källa man hämtar informationen ifrån. Några exempel på kvantitativa metoder är observation, experiment, enkäter och källanalys. Frågeställningar i form av enkäter och intervjuer är de vanligaste. Gemensamt för de kvantitativa metoderna är att

uppläggnings och planeringen ska vara klar innan man börjar insamlingen av information. (Holme et al. 1997: 13-14)

Valet av forskningsmetod var oklart för mig från början. En enkät är kvantitativ med slutna frågor men man kan göra den kvalitativ med öppna frågor som i mitt fall. Då bör frågorna vara formade så att svaren kan ges i ord eller satser. (Nyberg 2000: 101)

Med enkätundersökningen försökte jag kartlägga respondentens upplevelser i omsorgsarbetet. Min enkätundersöknings kvalitativa del innehöll fem öppna frågor för att jag skulle få en uppfattning om respondentens upplevelser och känsla, samt en strukturerad slutna fråga med skalan ett till fem. Jag valde till slut att genomföra en enkätundersökning.

## **5.2 Datainsamlingsmetod**

Med hjälp av en enkät kan man få fram mycket information som tagits fram just för den aktuella studien. Nackdelar med att använda en enkät som datainsamlingsmetod är att man inte kan läsa av kroppsspråket, risken för misstolkningar är större än vid intervjuer och nödvändigtvis får man inte in så många besvarade enkäter som man önskar. Svaren kan också bli mer kortfattade än vid en intervju. Ibland måste man också skicka flera påminnelser för att få in så många svar som det behövs. (Björklund et al. 2003: 70)

En enkät består av ett antal på förhand bestämda frågor och möjligen också svarsalternativ. Enkäten kan också byggas upp så att respondenten kan få en möjlighet att ge mer öppna och beskrivande svar. Hur enkäterna sänds ut, till vem man sänder dem och till hur många de sänds varierar beroende på vad som är lämpligast för att få svar på de frågor som finns med i enkäten. (Björklund et al. 2003: 68)

Enkäten kan precis som en intervju, vara strukturerad. Men man skall inte ställa följdfrågor, helst ej heller långa frågor, ledande frågor, dubbelfrågor, förutsättande frågor eller negationer. En enkät börjar oftast med faktafrågor som handlar om respondentens ålder, kön, utbildning och arbete. Den andra delen innefattar frågor som utvecklas från undersökningsfrågan. En enkätundersökning kan vara bra att

använda även om man behöver förhandsinformation t.ex. inför en intervju. (Rosenqvist et al. 2006: 70)

### **5.3 Urval av respondenter**

”Man väljer deltagare beroende på vilka forskningsfrågor man har” (Bryman 2002: 61). Avsikten har varit att samarbeta med ett äldreboende i Helsingfors för att kunna insamla direkt feedback av klienternas anhöriga. Det passade bra med tanke på mitt examensarbetstema. Jag arbetar inte på det äldreboendet som jag har valt att studera och ur etisk synpunkt var det viktigt att förmedla detta till de anhöriga som deltog i studien.

Alla som svarade var anhöriga till någon på ett finlandssvenska äldreboendet i Helsingfors. Alla boenden har inte anhöriga och alla anhöriga vill inte ställa upp pga bl.a. tidsbrist eller att de helst enkelt inte vill delta.

### **5.4 Genomförandet av den empiriska undersökningen**

Enkäten innehåller 6 frågor, varav fem frågor är öppna. Svartalalternativen i den slutna frågan var ett till fem där ett var dålig och fem var mycket bra. Enkäten innehåller frågor som ger information om hur de anhöriga på ett finlandssvenskt äldreboende blir bemötta av vårdpersonalen. Enkäten är strukturerad och har tre underrubriker som står för olika delar av frågorna.

Varje enkät innehåller ett informationsbrev till respondenterna. I informationsbrevet står det vem jag är, vad jag studerar, vad jag skriver om, syftet med min undersökning och anvisningar hur respondenterna skall gå till väga. Jag informerar även respondenterna att deltagandet är frivilligt och personuppgifterna förblir anonyma. Respondenterna blir också informerade om att svaren blir endast tillgängliga för mig och min handledare och att de besvarade enkäterna blir bevarade enligt gängse förfarande i Arcada. I informationsbrevet finns både mina och min handledares kontaktuppgifter.

Både till det finlandssvenska äldreboendets styrelse och det finlandssvenska äldreboendets föreståndarinna skickade jag ansökan om forskningstillstånd. Där

framkommer uppgifter om mig samt syfte med undersökningen om mitt examensarbete samt de etiska principerna lyftes fram. Till varje boende på äldreboendet gick jag personligen och förklarade syftet med mitt examensarbete. Jag sade att jag vore ”ytterst tacksam” om de skulle kunna ge frågeformuläret åt sin anhöriga. Nästan alla pensionärer var positivt inställda till min undersökning och lovade att ge min enkätundersökning vidare åt sin anhöriga. Det här gjorde jag den 22 december 2009 och jag fick in svaren den 22 januari 2010. Jag har gett enkäten till 18 boenden och fått 12 svar. Jag har använt mig av alla svar. Varje enkät hade ett färdigt adresserat kuvert bifogat samt frimärke så att de anhöriga kunde skicka sina svar till mig så smidigt som möjligt och på detta sätt bevara sin anonymitet.

## 5.5 Analysmetod

Trots att det finns flera olika sätt att analysera kvalitativ data måste varje forskare hitta en strategi för att analysera materialet. En allmän princip är att lyfta fram temaområden som kan kopplas till undersökningens syfte och frågeställningar. (Bryman 2002: 93; Larsson 2005: 107)

Processen för min analys följde i korthet följande mönster. Först läste jag igenom materialet flera gånger. Samtidigt antecknade jag alla olika teman som jag ansåg mig kunna urskilja i materialet. Efter att ha gjort en kartläggning av mina teman sammanförde jag ur alla enkäter det material som hörde ihop med ett specifikt tema i de olika kategorierna. Enligt Jacobsen (2007: 139) kan kategorierna bestå av både huvud- och underkategorier. Genom att samla citat från enkäterna skapas kategorier som å sin sida skapar struktur. Ganska snabbt åskådliggjorde kategoriseringen vilka teman som var gemensamma och ofta förekommande. (Larsson 2005: 100)

För att presentera resultaten så tillförlitligt som möjligt belyser jag resultatet med citat som utgör exempel på respondenternas uttalanden. Enligt Holme & Solvang (1997: 144-145) ökar citaten förståelsen för resultatet men för att man ska kunna garantera respondenternas anonymitet måste citaten eventuellt redigeras. Citaten ger läsaren större möjlighet att bedöma resultatets tillförlitlighet (Larsson 2005: 100).

Jag har gjort ett frågeformulär med fem kvalitativa frågor och en kvantitativ. (Se BILAGA 4) Jag ville att respondenterna skulle få svara själv och i lugn och ro utan något som helst tryck. Jag bad dem att skriva utförligt men p.g.a. av otydligt formulerade frågor fick jag mycket enkla och korta svar.

Frågorna 1- 4 samt fråga 6 i styckena 1, 2, och 3 var öppna frågor där den anhöriga hade möjlighet att skriva ner sina egna åsikter. Jag valde att ta med en sluten fråga i min enkät med förhoppning om att den skulle bidra till ett större djup i min undersökning. Alla svar var mycket korta och inte alls utförliga. Trots att jag delade ut enkäterna åt de anhöriga kring julen skulle man tro att det inte hade någon direkt påverkan på resultatet. Alla anhöriga fyllde i enkäten på svenska, vilket för mig var lättare att läsa och förstå. Alla respondenter har fyllt i alla frågor. Urvalet i citaten som jag skrivit ner anser jag vara de mest representativa och mest förekommande.

Med fråga att som lydde *"Vilken relation har Ni som anhörig till Er närstående på äldreboendet?"* ville jag få en bild av vilken relation den anhöriga har till sin närstående, om respondenten hade ett gott förhållande kom inte fram utan bara relationen. I fråga två som lydde *"Vad innebär det för Er att vara anhörig inom äldreomsorgen?"* skulle jag ha vilja ha fått ett utförligt svar så att jag skulle ha kunnat dra bättre slutsatser. I fråga tre, *"Vilket är Ert nätverk där Ni kan ventileras eller själv få stöd som anhörig eller diskutera Er roll som anhörig?"* fick jag som svar mycket entydiga responser. Med fråga 4 *"Hur upplever Ni det bemötande som Ni får av vårdpersonalen?"*, fråga 5 *"Hur bemöter vårdpersonalen Er generellt sett? (skalan 1-5 där 5=mycket bra och 1=dålig)"* och fråga 6 *"Vad kunde tillföras och förbättras beträffande delaktighet?"* hade alla samma tema och hörde till stycke 3 *"Delaktighet"* ville jag få reda på den anhörigas upplevelser av delaktighet och vad som kunde tillföras beträffande delaktighet och vilken hur de upplever att de blir bemötta av vårdpersonalen. Fråga fem var kvantitativ med färdiga svarsalternativ med en skala på 1-5 där 5 var mycket bra och 1 var mycket dåligt.

## **5.6 Validitet och reliabilitet**

Validitet innebär att man undersöker det man avser att undersöka (Kvale 1997: 5). Validitet alltså giltighet handlar om mätinstrument. I det här fallet är det fråga om

enkäten, den mäter det som den är avsedd att mäta. Reliabilitet eller tillförlitlighet innebär en granskning efteråt av de mätningar som man gjort. (Trost 2007: 54, 65)

Genom begreppet reliabilitet eller tillförlitlighet ställer man sig frågan om man kan lita på det data som man har fått in eller om det finns faktorer i undersökningen som påverkat resultaten (Jacobsen 2007: 156, 159). Reliabilitet innebär att resultaten av studien ska vara upprepningsbara och trovärdig (Kvale 1997: 6).

När jag gjorde min undersökning hade en del av de anhöriga haft närstående boende på det finlandssvenska äldreboendet bara en kort tid. Det betyder att de anhöriga och vårdpersonalen inte kanske ännu hunnit bygga upp en relation. Detta påverkade reliabiliteten. De frågor som jag ställde i enkäten handlade om de anhörigas upplevelser - där var och en hade rätt till sin subjektiva åsikt. Jag förmoda att respondenterna var uppriktiga och ärliga i sina svar.

Jacobsen (2007: 156, 304) skriver att begreppet intern validitet används då man ser om en metod är lyckad och har lyckats mäta det som man har haft som avsikt att mäta; om man fått rätt information och om mätinstrumentet varit rätt. Under hela examensarbetsprocessen har jag gått tillbaka till frågeställningar och kritiskt övervägt om de tillvägagångssätt som jag har avsett varit lämpligt. Innan jag gav ut enkäterna till anhöriga på äldreboendet testade jag enkäterna på 3 anhöriga i min egen bekantskapskrets, därtill hade jag fyra personer som tittade igenom enkäterna. Ju fler som är överens om att frågorna verkar bra, desto säkrare kan man vara på att mäta det som man har för avsikt att mäta (Jacobsen 2007: 272). I och med att ett antal personer gick igenom enkäten och gav mig konstruktiv kritik kunde jag förbättra enkäten. Enkäten som jag gav ut var endast på svenska och flera av de anhöriga på äldreboendet är tvåspråkiga. Resultaten kan inte generaliseras på andra äldreboenden än just det som jag har använt i min studie, vilket gör validiteten låg.

## **5.7 Etiska reflektioner**

Etiska överväganden bör genomsyra hela undersökningsprocessen. (Jacobsen 2007: 28)



I ett examensarbete är det viktigt att följa etiska krav för forskning. Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet har ställt upp fyra olika huvudkrav på forskning: informationskravet, samtycket, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. (Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet 1990: 6; Vetenskaprådet: 7-14)

De fyra huvudkraven betyder i sin helhet följande: Forskaren bör informera alla de som berörs av forskningen och forskningsuppgiftens syfte. Forskaren skall informera vilken deras uppgift i forskningen är och vilka villkor som gäller för att delta. Det är av betydelse att de inblandade vet att det är frivilligt att delta och att de kan avbryta sin medverkan när som helst. Det skall även tydligt stå att de uppgifter som inlämnas via enkäten kommer endast att användas för forskningen. (Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet 1990: 7)

Förutsättningen för att en vetenskaplig forskning är etiskt godtagbar, tillförlitlig samt att resultaten är trovärdiga är att forskningen bedrivs i enlighet med en god forskningspraxis. God vetenskaplig praxis förutsätter bl.a. ärlighet, omsorgsfullhet, noggrannhet och bruk av etiskt hållbara metoder. (Forskningsetiska delegationen 2002).

I mitt arbete har etiska principer, tankesätt och tillvägagångssätt varit viktiga under hela processen, både i insamlandet av data och under databearbetningen och dem har jag följt.

Alla de som deltagit i forskningen skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras oåtkomligt för obehöriga. Utgångspunkten är att man undviker att de som deltagit i undersökningen upplever att forskningen är obehaglig eller förnedrande. Det skall också vara omöjligt för oberoende att komma åt forskningsmaterialet och personuppgifterna. (Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet 1990: 12)

Forskaren skall se till att insamlad data endast får användas för forskningsändamål. De personuppgifter som blir insamlade i samband med forskningen får inte användas för beslut eller åtgärder som skulle direkt påverka den enskilde utan hennes samtycke. (Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet 1990: 14)

## **6 RESULTATREDOVISNING**

I det här kapitlet redogör jag för de resultat jag kommit fram till i den empiriska undersökningen, dvs. enkäterna genom att jag delat in resultaten i olika teman utgående från de rubriker jag använde i mitt frågeformulär. De som besvarade enkäterna var barn, barnbarn, släktingar eller vänner till den äldre. Jag har med citat från enkäterna för att göra texten mer levande. Sammanlagt gav jag ut 18 enkäter. Jag har fått 12 svar och använt mig av alla. Presentationen av resultatet av min enkätundersökning är uppdelad så här:

- 1.**      Roller
- 2.**      Socialt nätverk
- 3.**      Bemötande

Jag presenterar och belyser resultatet med citat som utgör exempel på respondenternas åsikter. De anhörigas svarsprocent var 12 av 18 alltså 66,7 %.

## 6.1 Roller

Stycke ett, fråga ett, i enkäten handlade om vilken relation man som anhörig har till sin närstående på äldreboendet samt vad det innebär att vara anhörig inom äldreomsorgen.

Fördelning av de som svarade var följande.

I fråga ett ser man att döttrarna står för 42 % av skötseln av sin närstående medan sönerna 33 %, vännerna 17 % och släktingarna bara 8 %.

I fråga 2, som dock hörde till stycket ”Roller”, lydde: *Vad innebär det för Er att vara anhörig inom äldreomsorgen?* svarade de anhöriga att det innebär att ha huvudansvaret för ens närstående och tillsammans med vårdpersonalen avgöra vilken nivå av service som är behövlig för att den närstående ska komma tillrätta. Den närståendes önskemål försöker man som anhörig uppfylla. En anhörig hade bl.a. skrivit så här om sin närstående:

*”...att hennes önskemål blir beaktade, bl.a. inskaffa kläder etc och sånt som behövs”.*

Att bl.a. inskaffa de kläder som den äldre vill ha kan handla om identitet och att man ännu på äldre dagar vill ha en viss stil och vara en viss karaktär. Det kan vara viktigt för den äldre att få känna sig själv lika som när denne var ung och vara stolt över det.

En annan anhörig hade skrivit så här:

*”att ansvara för det allmänna välbefinnandet och skötandet av det praktiska”.*

I det här svaret handlar det möjligtvis om att den anhöriga vill ha ansvar till viss mån. Hon vill bl.a. ansvara för det allmänna välbefinnandet och skötandet av det praktiska. Men vad innebär då att ansvara för den anhöriga?

De flesta hade skrivit om samma saker, d.v.s. att de sköter sin närståendes ekonomi, betalar räkningar samt sköter post- och bankärenden. På den andra frågan var alla respondenter ense om att ansvar var det viktigaste.

## 6.2 Socialt nätverk

I enkäten i stycke två, fråga tre, fick de anhöriga svara på frågan varifrån de själva får stöd och var de kan ventilerar sig själv och diskutera sin roll som anhörig. Frågan lydde så här: *Vilket är Ert nätverk där Ni kan ventilerar eller själv få stöd som anhörig eller diskutera Er roll som anhörig?*

Däremot diskuterar man inom familjen mera. Ett citat som beskriver detta bra är:

*”Jag har 2 systrar som också hjälper till och dessutom har jag många vänner i samma situation.”*

Hur man ska tolka det där svaret kan göras på två sätt. Man kan tolka det att personen i fråga ventilerar med sina 2 syskon eller man kan tolka det som att hon ventilerar med sina vänner.

## 6.3 Bemötande

Med frågorna 4-6 ville jag få reda på hur de anhöriga upplever det bemötandet som de får av vårdpersonalen, hur vårdpersonalen bemöter dem på skalan 1-5 samt vad som enligt dem kunde tillföras och förbättras beträffande delaktighet. Fråga fyra, hade frågan: *Hur upplever Ni det bemötande som Ni får av vårdpersonalen?*

Det framkom faktorer vilka både kunde utgöra förutsättningar samt hinder för delaktighet på äldreboendet. Resultaten visar att bemötandet för det mesta är bra. Upplevelsen av delaktighet i omsorgsarbetet är stor. Ett bra bemötande leder till att den anhöriga känner sig delaktig!

8 anhöriga av 12 har svarat så här:

*"Bemötandet är bra"*

Ett entydigt svar kan endast tolkas på ett entydigt sätt; respondenten tycker att allting är positivt och bra. Svaret är ändå utmanande att tolka eftersom respondenten inte begrundar sin åsikt mera beskrivande.

*"Bemötandet är glatt, vårdpersonalen är positiv och öppen"*

Svaret är positivt och av svaret kan tolkas att respondenten upplever personalen glad, öppen och positiv. Man blir ändå och fundera på vilka konkreta saker i personalens beteende som leder till denna upplevelse.

*"Personalen informerar om allt"*

Detta är en neutral kommentar som beskriver personalens arbetsvanor att informera de anhöriga väl. Om respondenten upplever personalens beteende positivt eller negativt kommer inte fram i kommentaren.

*"Personalen har alltid varit mycket vänlig och hjälpsam"*

En klar positiv kommentar, vilket beskriver personalens beteende i allmänhet men än en gång en utmanande kommentar att tolka, eftersom respondenten inte beskriver vilka orsaker som leder till dessa upplevelser.

*"Personalen ger definitivt en möjlighet till delaktighet när det behövs"*

En klar kommentar där respondenten upplever sig ha möjlighet till delaktighet. Man skulle ändå önska sig att respondenten skulle ha beskrivit i vilken form delaktigheten uttrycker sig.

*"Vårdpersonalen är av första klass..."*

En klar positiv kommentar om personalen, men än en gång respondenten begrundar inte sin åsikt.

*"Vårdpersonalen ger utrymme för delaktighet..."*

En kommentar där respondenten upplever sig ha möjlighet till delaktighet. Jag blev ändå och fundera på de tre punkterna och vad som menas med dem.

*"Alla är alltid mycket vänliga och sakliga".*

Respondenten beskriver här vårdpersonalens beteende över lag positivt.

Respondenterna på äldreboendet fick fritt formulera sina åsikter om vad de tycker att delaktighet handlar om.

Jag ställer mig frågan huruvida ekonomiska resurser för mera personal kunde påverka personalens arbete och förutsättningar för delaktighet? Här kan jag påvisa att de anhöriga nog känner sig delaktiga men önskar dock att det alltid finns två vårdare tillhanda, eftersom en respondent svarat såhär: *"Det borde alltid finnas två vårdare tillhanda"*.

Fråga fem som besvarades av 12 anhöriga var enligt respondenterna en aning känslig. Av 12 använda svar på frågan *Hur bemöter vårdpersonalen Er generellt sett?* (skalan 1-5, där 5=mycket bra och 1=dålig) var det 4 stycken som satte ett kryss mellan 4 och 5, 2 stycken som ringade runt nummer fyra och 6 som ringade runt nummer 5.

Medeltalet av svaren för frågan var 4,7. Detta betyder att majoriteten av respondenterna i min studie tycker att de blir bra bemötta av vårdpersonalen. Hälften av dem som svarade tyckte att de blev bemötta på ett mycket bra sätt, 33% upplevde sig bli bara bra bemötta och 17 % tyckte att de blev mindre bra bemötta.

<b>Nummer 5</b>	<b>6 stycken</b>	<b>50 %</b>
<b>Nummer 4-5</b>	<b>4 stycken</b>	<b>33 %</b>
<b>Nummer 4</b>	<b>2 stycken</b>	<b>17 %</b>

På den sista frågan som lydde så här: *Vad kunde tillföras och förbättras beträffande delaktighet?* hade de anhöriga svarat öppenhet samt brister i informationsflödet.

Här redovisar jag vad två anhöriga hade svarat:

*”Öppenhet! Även om man är en ny anhörig eller inte kommer förbi så ofta är en positiv och öppen mottagning viktig och får en att känna sig välkommen”,*

*”Bättre info om hur mor klarar sig i vardagen.. kanske t.o.m. en sammanfattning 1-2 ggr i året av någon ansvarig vore bra.”*

## **7 Sammanfattning av resultat**

I det här kapitlet analyserar jag och diskuterar kring de resultat jag fått från enkäterna. Jag kopplar också samman resultaten med teorin för att svara på de frågor jag ställt i mina frågeställningar.

### **7.1 Tolkning av resultaten**

Grunden för detta avsnitt utgörs av frågeställningarna för examensarbetet och följer i stort sett samma struktur som resultatredovisningen. Jag knyter samman resultatet från den empiriska undersökningen med teori ur litteraturgenomgången och lyfter också fram mina egna tankar, reflektioner, tolkningar och slutsatser.

Syftet med detta examensarbete var att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.

Avsikten var även att gå djupare in på detta. Dessutom ville jag lyfta fram viktiga aspekter inom området. Mina frågeställningar var;

1 Hur upplever sig den anhöriga bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende?

2 Vad tycker de anhöriga att vårdpersonalen kan göra för att de anhöriga skall känna delaktighet?

Benämningen anhörig kan definieras juridiskt entydigt, men med begreppet anhörig kan hänvisas till en betydligt vidare grupp än endast juridiskt besläktade personer. Man kan säga att anhöriga kan finnas av olika ”grader” allt från grannar till direkt blodsläktade barn, syskon m.m. Definitionen bör alltid göras individuellt för den äldre. Vårdpersonalen bör alltid inse detta och behandla alla anhöriga jämnt oberoende av deras relation till den äldre. En god vän kan ibland vara en betydligt närmare person till den äldre än t.ex. dennes egna barn. Äldreomsorgen är ett begrepp som omfattar många saker. Anhöriga är en viktig del i det.

Anhöriga är inte en grupp och egentligen vem som helst kan vara anhörig. Man kan vara anhörig 1 vecka åt sitt sjuka vän eller man kan vara anhörig åt sin mamma på sjukhus sedan 10 år tillbaka.

Äldreomsorgen är ett begrepp som omfattar många saker. Anhöriga är en viktig del i det.

Familjens återinträde på den socialpolitiska scenen när det gäller vården och omsorgen om de äldre, är särskilt tydlig i ett tillbakablickande perspektiv. För tio eller femton år sedan var detta en ”icke-fråga” som inte fick någon eller endast pliktskyldig uppmärksamhet. Anhörigas och frivilligas roll har nu synliggjorts och uppvärderats. Regeringen har också försökt stimulera kommunerna att bygga ut stödet till anhöriga.

I ett socialpolitiskthistoriskt perspektiv har familjens roll som vård- och omsorgsgivare till äldre spelat en mycket central roll i Finland fram till de senaste decennierna. Så sent som på 1870-talet fanns det i princip inga anstalter för äldre män-



niskor. Det professionella omhändertagandet av de äldre kom igång med kraft först då folkpensionslagen 1972 stiftades. Folkpensionslagen som styrde grundhälsovården förpliktade kommunerna att ta hand om sina invånare. De äldre var en del av den lagstadgade socialvården. Anhörigas roll har förändrats med tiden eftersom samhället utvecklats och omhändertagandet av de äldre har blivit allt mer professionellt. Denna utveckling har många goda sidor; de anhöriga får mera fritid och de äldre blir bättre omhändertagna på boenden med oftast goda resurser. Utmaningen med denna utveckling är att anstalterna är dyra att driva och finansieringen måste drivas in bl.a. via skatter. En annan risk med denna utveckling är att relationen mellan den anhöriga och den närstående blir vag. Ibland har den anhöriga inte vilja och inte heller tid att vistas med sina anhöriga lika mycket som man gjorde förr i tiden.

I min studie framgick det att den anhöriga blir bemött på ett bra och positivt sätt. I resultatredovisningen i punkt 6.3 framgick det här. Alla svar hade en positiv klang. Utmanande var ändå att tolka vilka som var orsakerna till det goda bemötandet. Respondenternas svar var alldeles för korta för att kunna dra stora slutsatser om saken. Å ena sidan berodde det kanske på min undersökningsfrågas karaktär, jag kunde ha ställt den på ett annat sätt, t.ex. *"Hur upplever Ni att Ni blir bemötta av vårdpersonalen och vad bidrar till det bemötande Ni får?"*.

Allmänt taget har det gjorts relativt få studier om hur anhöriga upplever sig bli bemötta av vårdpersonalen. Trots det, de studier som jag har läst i tycks anhöriga få ett bra bemötande men ändå känt sig en aning åsidosatta i vården av deras äldre.

För att en dialog ska uppstå krävs tillit, respekt och att man blir hörd. En dialog skapar delaktighet och delaktighet i sig skapar dialog. Dialog är förutsättning för delaktighet. (Hanserker 1987: 9) Det vill säga, för att utreda vilken slags interaktion det finns mellan vårdpersonalen och de anhöriga på det finlandssvenska äldreboende analyserade jag de svar jag fått och kopplar dem till de centrala principerna med betoning på delaktighet.

Enligt Gustavsson (2004) och Madsen (2006) är den fysiska miljön och den fysiska rymligheten en förutsättning för delaktighet. Detta var dock inget som fram-

kom i min studie. Respondenterna tar upp att vårdpersonalen sköter den överenskomna servicen på ett mycket bra och sakligt sätt. Enligt Folkman & Svedin (2003) byggs delaktighet och gemenskap upp genom rutinerna och dagsrytmen. Vidare menar de att den professionellas uppgift (i det här fallet vårdpersonalen) är att utforma villkor för tid och rum som främjar delaktighet.

## **8 SLUTDISKUSSION**

Avslutningsvis diskuterar jag kring examensarbetsprocessen och metoden. Jag ger också förslag till fortsatt forskning.

### **8.1 Diskussion kring metoden**

Som datainsamlingsmetod valde jag att göra en enkätundersökning. Detta val var för mig inte en självklarhet från första början, utan något som växte fram under processen. Enkätundersökningen fungerade bra, men det skulle antagligen ha blivit ett ännu bättre djup i mitt examensarbete om jag även skulle ha haft möjligheten att utföra intervjuer. Jag tror att mängden villiga respondenter till en intervju skulle ha blivit betydligt färre än mängden respondenter som svarade på min enkät. I och med att tidsanvändningen för respondenterna gällande min undersök-

ning var begränsad, tror jag att det skulle ha varit svårt att få så här pass många respondenter att delta i en intervju som ändå kräver betydligt med tid av både respondenterna och av mig. Genom att välja en enkätundersökning som datainsamlingsmetod tänkte jag att respondenterna skulle vara ärligare än i en personlig intervju. Respondenterna skulle få svara helt själva, utan något tryck eller påverkan av andra störande faktorer. Med hjälp av enkäten blev svaren säkert ärliga och mera fria, dessutom mängden anhöriga som svarade på enkäten var överraskande stor, 12 svar av 18 enkäter. I slutet av min enkät hade jag skrivit "*Om Ni vill vara med i fortsatt studie, vänligen lämna Era kontaktuppgifter*". Men det var ingen som hade tagit fasta på det.

## 8.2 Avslutande diskussion kring examensarbetet

I inledningsskedet av examensarbetsprocessen för ca ett år sedan hade jag klart för mig att mitt examensarbete skulle utgöra en fördjupning av anhöriga till äldre inom äldreomsorgen. Efter hand gestaltades och formulerades ramarna för mitt examensarbete där begreppen roller, delaktighet och empowerment skulle utgöra ramarna för mitt arbete. Att identifiera bl.a. begreppet delaktighet inom äldreomsorgen såg jag som en mycket utmanande men väldigt intressant uppgift.

I det stora hela anser jag att mitt examensarbete motsvarar mina frågeställningar. Men det fanns ändå några frågor vars svar var utmanande för mig att tolka, t.ex. den kvalitativa frågan, *Hur upplever Ni det bemötande som Ni får av vårdpersonalen*. Alla respondenter svarade på frågan positivt men det var svårt att tolka vilka orsaker som bidrog till att de upplevde bemötandet positivt.

Jag tycker också att mitt syfte motsvara mitt arbete. En ökad medvetenhet och förståelse för ämnet tycker jag utgör en grund som på längre sikt kan bidra till utveckling och t.o.m. ev. förändring.

När man läser mitt examensarbete får man en förståelse om hur viktig den anhörigas roll inom äldreomsorgen egentligen är. Detta arbete ger en klar syn på anhöriga inom äldreomsorgen - deras upplevelser och tankesätt. De professionella på äldreboendet kan få idéer och tankar kring hur de kan utveckla sig själva på ar-

betsplatsen och försöka få den anhöriga att känna sig ännu mer viktig. För de anhöriga är det viktigt att ha ett gott förhållande även med personalen.

I och med att den anhöriga blivit allt viktigare som en del av själva vården, är det viktigt att den goda kontakten uppehålls. Jag hoppas att mitt examensarbete bidrar till det finlandssvenska äldreboendes personals utveckling och förhållandesätt till de anhöriga.

Mitt examensarbete har gett en inblick i hur en anhörig kan ha det och vad det innebär för den äldre. De anhöriga har så mycket att ge. För det mesta sker det naturligt och av egen vilja men personligen tror jag att den anhöriga också tänker att hon måste och är tvungen att göra någonting för att det är hennes plikt. Jag hoppas att jag har kunnat ge information om anhörigas situation och givit inspiration om hur man ytterligare kan förbättra dagens situation för de anhöriga.

Jag tyckte att det var både roligt och intressant att skriva detta examensarbete. Det var spännande att utforska kopplingen mellan den anhöriga, den äldre och de professionella. Tack vare mitt examensarbete har jag fått en fördjupad kunskap i detta ämne. Under den tiden jag skrev mitt examensarbete har det väckts en hel del tankar kring ämnet. Jag har upplevt mitt examensarbete som en fin möjlighet att under en längre tid få möjlighet att fördjupa mig inom mitt eget intresseområde. Under processen har arbetet stundvis också känts både svårt och tungt. En av de största utmaningarna i examensarbetet gjordes via resultatredovisningen. Analysen var en utmaning. Utmaningen låg i att ur en stor mängd material få sammanställt ett resultat.

### **8.3 Förslag till fortsatt forskning**

Allmänt kan man säga att det finns tämligen lite forskning om innebörden av stöd för äldres anhöriga. Alltså, trots att begreppet stöd är vanligt förekommande och används flitigt, är det långt ifrån kristallklart vad själva idén om stöd innebär och hur denna kan uppnås för anhörigas del. Det tycks finnas ett behov av fortsatt forskning för att kasta ljus över vad stöd innebär och hur det kan ges åt de anhöriga. I så fall bör stöd som begrepp och princip ytterligare forskas kring för att kun-

na ge ett meningsfullt och fruktbart innehåll som kan gagna de anhöriga. Samhället förändras och de anhörigas möjligheter att använda tid för sina närstående äldre blir allt färre bl.a. p.g.a. ett hektiskt arbetsliv. Därmed behöver de anhöriga all hjälp och stöd i olika former som de kan få.

Under examensarbetsprocessen har jag tankar kring behov och förslag för fortsatt forskning. Med tanke på vidare forskning kunde man bl.a. forska i frågor som gäller beslut angående den äldre. Stora frågor som de anhöriga ofta hamnar och fundera på är t.ex frågor gällande den äldres boende. När bör den äldre flytta till en anstalt, vilken typ av boende lämpar sig bäst? En annan frågeställning som kunde forskas i: kan en anhörig påverka hur mycket och vilka mediciner dennes närstående får? Jag tycker att det skulle vara viktigt att få veta det. Man kunde gå djupare in på den anhörigas ansvar för den boende. Detta kunde man kunna skriva om och motivera utgående från ett socialpedagogiskt perspektiv, man kunde spekulera kring vad som är etiskt rätt och fel i det skedet. I fortsatt forskning kunde det vara intressant att på olika sätt följa upp samma respondentgrupp som deltagit i min undersökning. Jag tror att det finns möjligheter till mycket intressant och betydelsefull fortsatt forskning inom ramen för äldreomsorgen – anhöriga.

## **KÄLLOR**

### **Böcker**

Almberg, Britt & Jansson, Wallis. 1994. Fånga stunden. Andra upplagan. Stockholm. Liber. ISBN 91-47-05174-4.

Armanius Björlin, Gunilla; Basun, Hans; Beck-Friis, Barbro; Ekman, Sirkka-Liisa et al. 2004. Om demens. Stockholm. Liber. ISBN 91-47-05197-3. 296s.

Askheim, Ole Petter & Starrin Bengt. 2007. Empowerment i teori och praktik. Malmö. Gleerup. ISBN 978-51-40648-389. 234s.

Booth, Tony & Ainscow, Mel. 2005. Koulu ja inklusio. ISBN 951-580-400-0.

Bryman, Alan. 2002. Samhällsvetenskapliga forskningsmetoder. Malmö. Lieber Ekonomi. 502s. ISBN 91-47-07510-4. 502s.

Carlberg, Alec. 2005. Ett bättre liv är möjligt. Om empowerment och socialmobilisering. Stockholm: svenska ESF-rådet.

Edlund, Margareta. 2002. Världighet som begrepp och idé i vården. Åbo Akademi. Vasa. 72s.

Fant, Maj. 1990. Att bli mamma till sin mamma. Stockholm. Natur och Kultur. ISBN 91-7642-578-9. 201s.

Giddens, Anthony. 1998. Sociologi. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-00554-7. 696s.

Gustavsson, Anders. 2004. Delaktighetens språk. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-02674-9. 237s.

Hanserker, Joyce. 1991. Det är svårt att vara anhängig. Lund. Studentlitteratur.

ISBN 91-44-26901-3. 94s

Haapola, Ilkka; Takala, Pentti & Karisto, Antti. 1998. Finland i förvandling. Levnadsstandardens, livsföringens och socialpolitikens utveckling i Finland. WSOY. ISBN 951-0-22655-6. 422s.

Heimonen, Sirkkliisa & Voutilainen, Päivi. 1997. Hoitotyön asiakkaana. Helsinki. Kirjayhtymä. ISBN 951-26-4210-7. 176s.

Heiskanen, Marja-Liisa. 1994. Avaimia omaishoitajan arkeen. Helsinki. VAPK. ISBN 951-37-1215-X. 85s.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. 1997. Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. 2 upplagan. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-00211-4. 360s.

Holmdahl, Barbro. 1995. Att vara anhörig. I: Beck-Friis, Barbro & Strang, Peter. 1995. Almqvist & Wiksell Medicin. Liber. ISBN 91-47-04826-3. 320s.

Huovinen, Maarit. 2004. Muistihäiriöt. Helsinki. Duodecim. ISBN 951-656-174-8. 192s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Lund. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-00638-3. 316s.

Jeppsson Grassman, Eva. 2003. Anhörigskapets uttrycksformer. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-02282-4. 221s.

Johansson, Lennarth. 2007. Anhörig - omsorg och stöd. Lund. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-01975-8. 174s.

Laitinen, Anna. 1991. Hoidon ja hoitotyön laadunvarmistus ja johtaminen. Licensiatarbete. Kuopio. 97s.

Kvale. Steinar. 1997. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-00185-1. 360s.

Laitinen-Junkkari, Pirjo. 1997. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo. WSOY. ISBN 951-0-22337-9. 147s.

Larsson, Sam. 2009. Kvalitativ metod- en introduktion. I: Larsson, Sam; Lilja, John; Mannheimer, Katarina. 2005. Forskningsmetoder i socialt arbete. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-03319-2. 370s.

Leino-Kilpi, Helena; Teeri, Sari; Välimäki, Maritta. 2006. Long-Term Nursing Care of Elderly People: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. University of Turku. Article. ISSN 09697330.

Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka. 2003. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä. PS-kustannus. Juva. ISBN 952-451-074-X.



Marja-Leena Hannuksela & Räikkönen, Outi. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä: kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa. Helsinki, Stakes. ISBN 951-47-9603-9.

Noppiari, Eija & Koistinen, Paula. 2005. Laatua vanhustyöhön. Tammi. Tampere. ISBN 951-26-5272-2. 192s.

Olaison, Anna. 2009. Negotiating Needs- Processing Older Persons as Home Care Recipients in Gerontological Social Work Practises. Linköping. Institution för samhälls- och välfärdsstudier.

Noro, Anja; Häkkinen, U; Arinen, S. 2000. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveysten palvelujen käyttö vuonna 1996 : tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. Helsinki. Kansaneläkelaitos. ISBN 951-33-0967-3.

Näse, Barbro. Vårda din orkidé. Folkhälsan. 3.5.2010.

Patel, Runa & Davidson, Bo. 1994. Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-30952-X. 127s.

Roos, Carin. 2006. Dövhets och hörselnedsättning. Specialpedagogiska perspektiv. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-04732-0.

Svenska Akademiens ordlista. 1998. Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. 12 upplagan. Falkenberg: Ytterlids. ISBN 91-7227-032-2.

Söderlund, Maud. 2004. Som drabbad av en orkan. Anhörigas tillvaro när en närstående drabbas av demens. ISBN 951-765-187-2. 193s.

Sjöberg, Malena. 2001. Hur mår du själv? Om stöd till dem som vårdar anhöriga. Stockholm: Ersta Sköndal högskola Sköndalsinstitutet.

Trondman, Mats. 2003. Kloka möten. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-02807-5. 205s.

Trost, Jan & Hultåker, Oscar. 2007. Enkätboken. Lund. Studentlitteratur. 3 upplagan. ISBN 978-91-44-04046-2. 168s.

Tössebro, Jan. 2004. Integrering och inkludering. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-02675-7. 201s.

Väyrynen, Sari. 2001. Miten opitaan elämään yhdessä? – Inklusion monet kasvot. ISBN 952-451-039-1.

### **Tidsskrifter**

Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva. Tids skrift. Hoitotiede Vol.9, no 2/-97. Omaisten ja läheisten hoitoon osallistuminen ja hoidon laatu vanhustenhoitolaitoksissa.

Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva. Tids skrift. Hoitotiede Vol. 17, no 3/-05. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa.

## **Elektroniskt material**

Ikäinstituutti. Syren, Ilkka. 3.5.2010. E-mail.

Tillgänglig: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) -> socialvårdslagen 17.9.1982/710.

Hämtad 12.1.2009

Engwall, Gunnell. Humanistiska samhällvetenskapliga forskningsrådet 1990.

Tillgänglig: <http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

Hämtad 20.1.2010

Vetenskapsrådet i Sverige. Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning. [www] ISBN 91-7307-008-4. Tillgänglig:

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Hämtat 2.5.2009

Sari Palén. Statistikcentralen. Publicerad 26.2.2010. Tillgänglig:

[http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta\\_12\\_03\\_vanhukset.html](http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_12_03_vanhukset.html)

Hämtad 21.3.2010

Sari Palén. Statistikcentralen. Publicerad 26.2.2010. Tillgänglig:

[http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta\\_10\\_02\\_vanhukset.html](http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_10_02_vanhukset.html)

Hämtad 22.3.2010

Socialstyrelsen 23.3.2010. Socialstyrelsens termbank. Publicerad 12.1.2009. Tillgänglig: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>

Hämtad 23.3.2010

Benita Kopra. JHL- Kommunalförbundet. Publicerad 9/2008. Tillgänglig:

[http://www.jhl.fi/sivu/jhl\\_www\\_2478](http://www.jhl.fi/sivu/jhl_www_2478)

Hämtad 23.3

Sand, Ann-Britt. 2010. Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg.

Sari Palén. Statistikcentralen. Publicerad 26.2.2010. Tillgänglig:

[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr16\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr16_09.pdf)

Hämtad 21.3.2010

Yeo, Sam Kum. 2003. Kompetenscentrumet, Stockholm.

Tillgänglig:

[http://www.kompetenscentrum.org/nedladdning\\_filer/Rapport\\_16/Rapport16.pdf](http://www.kompetenscentrum.org/nedladdning_filer/Rapport_16/Rapport16.pdf)

Hämtad: 4.5.2010

INFORMATIONSBREV TILL RESPONDENTERNA

BILAGA 1

Annina Alanko

Helsingfors 22.12.2009

Svalbobrinken 3 B 28

00500 Helsingfors

tel. XXX-XXXXXXX

e-post: [annina.alanko@arcada.fi](mailto:annina.alanko@arcada.fi)

Bästa anhörig

Mitt namn är Annina Alanko och jag studerar tredje året på Arcada - Nylands svenska yrkeshögskola i Helsingfors, på utbildningslinjen för det sociala området. Jag håller nu på att göra mitt examensarbete, som har arbetsrubriken ”Anhörigas upplevelser och roll i vården av sin närstående på äldreboenden”. Syftet med detta examensarbete är att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.

*De övergripande frågeställningarna är följande:*

*1 Hur upplever sig den anhöriga bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende?*

*2 Vad tycker de anhöriga att vårdpersonalen kan göra för att de anhöriga skall känna delaktighet?*

För att få svar på dessa frågeställningar önskar jag varmt att Ni deltar i min undersökning.

Era svar förblir anonyma. Jag bifogar en enkät och vore tacksam om Ni postar den åt mig i det färdigt frankerade svarskuvertet den 10 januari 2010. Ni kan även ge det till kansliet.

#### Undersökningens förlopp

All information som jag får in kommer att behandlas konfidentiellt och så att ingen person kan igenkännas. Ni behöver i Era svar inte ange namn eller ålder.

Genomgången av materialet sker för att tolka och försöka förstå anhörigas roll och upplevelser i vården av sin närstående. Därför är det viktigt att Ni skriver utförligt.

#### Era rättigheter som deltagare i undersökningen

Deltagandet i undersökningen är fullständigt frivilligt. Likaså vill jag än en gång poängtera att all information som insamlas vid undersökningens gång behandlas konfidentiellt.

Allt material kommer att förstöras genast efter att examensarbetet är slutfört. Då mitt examensarbete är klart kommer det att finnas på Arcadas bibliotek. Följande principer gäller vid forskningen. Informationen som fås av enkäterna används endast för mitt examensarbete. Materialet förvaras i låst utrymme till examensarbete är godkänt och materialet inte längre behövs.

Jag hoppas Ni vill ge mig Ert stöd i mitt examensarbete genom att delta i undersökningen.

Som handledare för mitt examensarbete fungerar Maria Gustavson, tel. 0207-699 551, [mia.gustavson@arcada.fi](mailto:mia.gustavson@arcada.fi)

Kontakta mig gärna om Ni önskar ytterligare information.

Med vänlig hälsning,

**Annina Alanko**

socionom studerande

[annina.alanko@arcada.fi](mailto:annina.alanko@arcada.fi)

tel. XXX-XXXXXXX

**Maria Gustavson**

handledande lärare

[mia.gustavson@arcada.fi](mailto:mia.gustavson@arcada.fi)

tel. 050- 345 14 31

ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÅND AV PIA AHL

BILAGA 2

## **ANHÅLLAN OM ATT FÅ GENOMFÖRA EN STUDIE SOM EN DEL AV MITT EXAMENSARBETE**

Föreståndarinna Pia Ahl

Helsingfors 1.10.2009

Bästa Pia Ahl

Mitt namn är Annina Alanko och jag studerar tredje året på Arcada - Nylands svenska yrkeshögskola i Helsingfors, på utbildningslinjen för det sociala området.

Jag håller nu på att göra mitt examensarbete, som har arbetsrubriken ”Anhörigas upplevelser och roll i vården av sin närstående på äldreboenden”. Syftet med detta examensarbete är att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.

*De övergripande frågeställningarna är följande:*

*1 Hur upplever sig den anhöriga bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende?*

*2 Vad tycker de anhöriga att vårdpersonalen kan göra för att de anhöriga skall känna delaktighet?*

För att undersöka de ovannämnda problemställningarna önskar jag komma i kontakt med anhöriga till äldre. Alla som besöker Brummerska hemmet skall ha möjlighet att delta i undersökningen, därför sätter jag upp ett öppet brev på Brummerska hemmets anslagstavla. I varje boendes rum kommer jag att lämna ett informationsbrev och en enkät som den anhöriga har möjlighet att fylla i. Jag lämnar ett färdigt frankerat svarskuvert med enkäten. På detta sätt blir undersökningen så anonym som möjlig. Enkäterna ämnar jag bearbeta under perioden december 2009 - mars 2010. Min målsättning är att examensarbetet är färdigt i mars 2010.

I min studie följs de forskningsetiska riktlinjerna. Det innebär att konfidentialitet, anonymitet och frivillighet beaktas.

Följande principer gäller vid forskningen. Allt material kommer att förstöras genast efter att examensarbetet är slutfört. Informationen som fås genom enkäterna används endast i forskningssyfte. Materialet förvaras i låst utrymme i mitt kassaskåp.

Härmed önskar jag få tillstånd av er att utföra min undersökning och samtidigt undrar jag om det i studien får framkomma att XXX varit samarbetspartner.

Som handledare för mitt examensarbete fungerar Maria Gustavson, tel. 0207-699 551, [mia.gustavson@arcada.fi](mailto:mia.gustavson@arcada.fi)

Om Ni önskar ytterligare information ber jag Er kontakta mig.

Med vänlig hälsning,

**Annina Alanko**

socionom studerande

[annina.alanko@arcada.fi](mailto:annina.alanko@arcada.fi)

tel. XXX-XXXXXXX

**Maria Gustavson**

handledande lärare

[mia.gustavson@arcada.fi](mailto:mia.gustavson@arcada.fi)

tel. 050- 345 14 31

ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÅND AV DET FINLANDSSVENSKA  
ÄLDREBOENDETS STYRELSE

BILAGA 3

Stiftelsen XXXX

XXXXXXvägen 109

XXXXXX Helsingfors

Helsingfors 1.10.2009

Annina Alanko

Svalbobrinken 3 B 28



00500 Helsingfors

tel. XXX-XXXXXXX

e-post: [annina.alanko@arcada.fi](mailto:annina.alanko@arcada.fi)

Bästa Styrelsemedlemmar

Mitt namn är Annina Alanko. Jag studerar tredje året på Arcada - Nylands svenska yrkeshögskola i Helsingfors, på utbildningslinjen för det sociala området. Jag gör som bäst mitt examensarbete som har arbetsrubriken "Anhörigas upplevelser och roll i vården av sin närstående på äldreboenden". Syftet med detta examensarbete är att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sig delaktiga i vården av sin äldre.

*De övergripande frågeställningarna är följande:*

*1 Hur upplever sig den anhöriga bli bemött av vårdpersonalen på ett äldreboende?*

*2 Vad tycker de anhöriga att vårdpersonalen kan göra för att de anhöriga skall känna delaktighet?*

För att undersöka de ovannämnda problemställningarna önskar jag komma i kontakt med anhöriga till äldre. Alla som besöker Brummerska hemmet skall ha möjlighet att delta i undersökningen, därför sätter jag upp ett öppet brev på anslagstavlan. Enkäterna kommer att riktas till alla anhöriga. Jag kommer personligen att föra enkäterna till XXX genast då de etiska riktlinjerna i mitt arbete godkänts av Arcadas etiska kommitté. I varje boendes rum kommer jag att lämna ett informationsbrev och en enkät som den anhöriga har möjlighet att fylla i. Jag lämnar ett färdigt frankerat svarskuvert med enkäten. På detta sätt blir undersökningen så

anonym som möjlig. Enkäterna ämnar jag bearbeta under perioden december 2009 - mars 2010. Min målsättning är att examensarbetet är färdigt i mars 2010.

Följande principer gäller vid forskningen. Allt material kommer att förstöras genast efter att examensarbetet är slutfört. Informationen som fås genom enkäterna används endast i forskningssyfte och är konfidentiell. Materialet förvaras i låst utrymme.

Som handledare för mitt examensarbete fungerar Maria Gustavson.

Ni önskar ytterligare information ber jag Er kontakta mig.

Med vänlig hälsning

**Annina Alanko**

socionom studerande

[annina.alanko@arcada.fi](mailto:annina.alanko@arcada.fi)

tel. XXX-XXXXXXX

**Maria Gustavson**

handledande lärare

[mia.gustavson@arcada.fi](mailto:mia.gustavson@arcada.fi)

tel. 050- 345 14 31

ENKÄTEN

BILAGA 4

## **Frågeformulär**

Vänligen kryssa för alternativen och skriv gärna så utförligt som möjligt. Tack.

Jag skriver detta examensarbete för att belysa och redogöra för hur de anhöriga upplever sin roll (delaktighet och bemötande) i vården av sin närstående på äldreboenden.

Med hjälp av denna enkät får jag information om hur Ni som anhörig upplever Er roll som anhörig till Er närstående och hur Ni som anhörig upplever att Ni blir bemötta av vårdpersonalen på äldreboendet.

## **ROLLER**

### **1. Vilken relation har Ni som anhörig till Er närstående på äldreboendet?**

---

---

---

---

---

---

---

### **2. Vad innebär det för Er att vara anhörig inom äldreomsorgen?**

---

---

---

---

---

**SAMHÄLLELIG FÖRÄNDRING (I tider av ekonomisk tillbakagång blir den anhöriga allt viktigare)**

### **3. Vilket är Ert nätverk där Ni kan ventilera eller själv få stöd som anhörig eller diskutera Er roll som anhörig?**

---

---

---

---

---

---

---

<b>DELAKTIGHET</b>
--------------------

**4. Hur upplever Ni det bemötande som Ni får av vårdpersonalen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Hur bemöter vårdpersonalen Er generellt sett? (skalan 1-5 där 5=mycket bra och 1=dålig)**

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

**6. Vad kunde tillföras och förbättras beträffande delaktighet?**

**För-**

**slag:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Tack för Ert bidrag till mitt examensarbete ! ☺**

**Om Ni vill (HELT FRIVILLIGT!) vara med i fortsatt studie, vänligen lämna  
Era kontaktuppgifter.**

**Namn:** \_\_\_\_\_

**Nummer:** \_\_\_\_\_